

TEODOR BORYSOWICZ

PRZEGLĄD
Chirurgiczny i Ginekologiczny

TOM X. ZESZYT III. MAJ. CZERWIEC. 1914.

Zeszyt niniejszy Redakcya Przeglądu Chirurgicznego i Ginekologicznego wydaje dla uczczenia 40-lecia pracy zawodowej lekarskiej Doktora Teodora Boryssowicza.

Życiorys jubilata podał w № 43 r. z. Medycyny i Kroniki Lekarskiej Doktor Bronisław Szymański, rozpoczynając od słów:

„Burze dziejowe, które nawiedziły kraj polski w zeszłym wieku i to na całym jej obszarze, tamowały pracę kulturalną, przerywając na czas dłuższy lub niszcząc jej zapoczątkowania. Taki stan rzeczy nie mógł nie odbić się, nie wpłynąć na rozwój umiejętności, a więc i medycyny. Niewielka liczba szpitali, szczupły zasób pomocy naukowych, ubóstwo klinik, a co ważniejsze — długotrwały ich brak nie rozwijał instytucyi lekarskich, nie wyrabiał ludzi. Jeżeli pomimo to karty medycyny polskiej obfitują w momenty jasne, jeżeli poziom naukowy nowych pokoleń lekarskich nie obniżał się, lecz podnosił, świadczy to o niezniszczalności genjuszu narodowego, który opierał się zwycięzko przeciwnościom losu!“

Zaranie kształcenia się Boryssowicza na polu medycyny dotyczy właśnie owych czasów, w których tylko jednostki o sile woli nadzwyczajnej, pracowitości nadmiernej i charakterze nieugiętym zdołały wyjść zwycięzko z walki o zdobycie wiedzy, o wyrobienie się gruntowne w raz obranym fachu. Przechodził też młody Boryssowicz perypetye różne, zanim został nareszcie lekarzem!

Urodzony w roku 1843 w Policiszkach, gdzie ojciec sprawował urząd sędziego, wykształcenie średnie odebrał w konwikcie w Witebsku, następnie — w gimnazyum w Słucku.

W roku 1862 wstąpił na wydział matematyczny Uniwersytetu Petersburskiego, jednak już po roku przerwał studya, aby powrócić do stron rodzinnych! Po półtorarocznem uwięzieniu został zesłany do Czerdynia w gubernii Permskiej, gdzie przebywał do roku 1867, prowadząc, jak pisze Szymański, apteczkę podręczną przy zesłanym również w te okolice lekarzu.

Po powrocie do kraju jakiś czas zarabiał sobie na życie guwernerką, dopóki nareszcie w roku 1868 mógł wstąpić do Szkoły Głównej, jako słuchacz medycyny. W r. 1869 przeszedł do ponownie otworzonego Uniwersytetu Warszawskiego. Dyplom lekarski uzyskał w roku 1873 — cum eximia laude — i, wstąpiwszy do kliniki położniczej ś. p. profesora Tyrchowskiego, został wkrótce mianowany etatowym jej ordynatorem i w tej to pracy nabrał doświadczenia, jako położnik.

Nie dosyć mu jednak było nauki w instytucie położniczym, po zajęciu klinicznem uczęszczał do oddziału chirurgicznego Doktora Kruszewskiego, później — do oddziału ś. p. Krajewskiego i tam szukał wydoskonalenia się na niwie chirurgii ginekologicznej. Bystry umysł spostrzegawczy i krytyczny stał się powodem, że nie tylko Boryssowicz nauczył się naśladować to, co widział u innych operatorów, lecz starał się pracować samodzielnie — z jakim wynikiem, o tem wie każdy ginekolog polski. Wymyślił cały szereg nowych sposobów postępowania dla tej lub owej operacyi, szczególnie w ulubionej dziedzinie plastyki macicznej i pochwowej, pochwowego wycięcia macicy zrakowaciałej i t. p., wymyślił cały szereg nowych mniej więcej oryginalnych nowych instrumentów, praktycznych w użyciu i nader prostej konstrukcyi. Dzięki umiejętnościom własnym, zręczności i odwadze z jednej strony, a sumienności w postępowaniu lekarskiem — z drugiej strony, wyrobił sobie, jako poniekąd samouk — nazwisko, powszechnie w kraju szanowane. Praktykę zdobył, jak na owe czasy, bardzo rozległą, zaskarbił sobie zarówno wdzięczność szerokich mas klienteli swojej, jak i sympatyę kolegów po fachu, oraz ogółu lekarzy dzięki taktownemu postępowaniu z kolegami, nieskazitelności charakteru, osobistej skromności oraz życzliwości dla młodszej generacyi lekarzy.

Interesując się w ostatnich dziesiątkach lat głównie rozwojem chirurgii ginekologicznej, wtedy jeszcze znajdującej się

w powijakach, nietylko sam jej poświęcał się, lecz starał się zachęcić i innych kolegów do tego, by operowali sami, a nie odsyłali chorych dla wykonania zabiegu do chirurga, jak to dawniej bywało. Boryssowicz przyczynił się wiele do tego, aby u nas powstała niezależna chirurgia ginekologiczna. Nareszcie udało mu się zebrać dokoła siebie grono kolegów, wraz z którymi założył Warszawski Zakład Ginekologiczny w roku 1890— pierwszy prywatny zakład tego rodzaju na większą skalę urządzony. Jakie zasługi Boryssowicz inicyatywą swoją dla zakładu tego położył, który pod jego egidą już wkrótce wyrobil sobie szeroki rozgłos w kraju, o tem nie ma się co rozpisywać.

Gdy w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem urządzono posiedzenia specyalistów różnych gałęzi medycyny praktycznej, na przewodniczącego posiedzeń ginekologicznych zaraz w pierwszym roku obrano Boryssowicza. Boryssowicz brał żywy udział w pracach i dyskusyach Towarzystwa Lekarskiego, jak również w pracach Zjazdów lekarzy polskich we Lwowie i w Krakowie, tak samo zasilał i prasę zawodową i swojską i zagraniczną chociaż nielicznymi, lecz oryginalnymi co do treści artykułami. Żelazne zdrowie w całej pełni zachowane pomimo uciążliwej pracy 40-letniej zawodowej, niewyczerpana energia pozwoliły Boryssowiczowi na to, aby i dziś jeszcze od pracy nie usuwał się, pomagając często generacyi młodszej własnem długoletniem doświadczeniem w przypadkach zawiłych i trudnych co do rozpoznania, ustalenia terapii i t. d.

Życzymy Doktorowi Boryssowiczowi, by doczekał złotych godów pracy zawodowej w dobrem zdrowiu, dotychczasowej energii, żywotności fizycznej i umysłowej!

Niechaj poniżej załączona wiązanka rozpraw będzie dla jubilata jednym z wyrazów uznania dla Niego ze strony kolegów po fachu z wszystkich dzielnic naszej Ojczyzny.

FRANCISZEK NEUGEBAUER.

PRACE ORYGINALNE.

Kilka słów z powodu nowoczesnych usiłowań leczenia nieoperacyjnego nowotworów macicy

podał

WŁADYSŁAW BYLICKI.

Na posiedzeniu Lwowskiego Tow. Ginekologicznego, odbytem w grudniu r. z., prof. Mars, wspólnie ze swoimi asystentami, zdawali sprawę z dotychczasowych wyników leczenia nowotworów macicy promieniami Röntgena. To, co wówczas w dyskusyi wypowiedziałem, podaję tutaj w nieco rozszerzonej formie.

Zapatrywania nasze na próby i wyniki nieoperacyjnego leczenia nowotworów macicy są sobie wręcz przeciwne, stosownie do tego, czy chodzi o nowotwory dobrotliwe, których przedstawicielem jest włókniak macicy, czy też — o złośliwe, których przedstawicielem jest rak.

Zaczynając od włókniaków, musimy podnieść co następuje: w czasach, gdy myomotomia była przedsięwzięciem karkołomnem, gdy zaszywano z powrotem brzuch, skoro okazało się, że w rozpoznaniu pomylono się, albowiem zamiast torbieli, ku przerażeniu wszystkich, znaleziono włókniak torbielowo zwyrodniały; gdy później, w zewnątrzotrzewnowem umieszczaniu szypuły dopatrywano się zbawienia, gdy znowu — wręcz przeciwnie — szypułę razem z uciskającą ją rurką sączkową zapuszczano do

jamy brzusznej do wyropienia, wówczas każdy z podawanych środków, które obiecywały, że dadzą możność ominięcia operacyi, dającej tak mało widoków przeżycia, był arcypożądany i chwytany w lot. Pozwolę sobie tylko napomknąć o tak przez Hildebrandta z Królewca zalecanych wstrzykiwaniach podskórnych ergotyny, których chore brały po 200 do 300, później tak bardzo w użyciu powszechnem będącą metodę wrzekomo elektrolityczną Apostolego, dla której, szczególnie we Francyi, był taki zapał, że uważano prawie za błąd w sztuce, jeżeli kto bez spróbowania jej przystąpił do wykonania myomotomii.

Próbowano także mniej niebezpiecznymi zabiegami ominąć ją, jak rozszerzaniem możności operowania pochwowego, w czem dużą zasługę miał Pean i w końcu trzebieniem, które miało być zabiegiem i nierównie lżejszym, i na pewne przynajmniej krwotoki powstrzymującym, co jednak nie często, jako taki, okazało się. Obecnie zaś w epoce najświetniejszego rozwoju i wydoskonalenia myomotomii znów następuje szukanie sposobów nieoperacyjnych, a jeden z takich sposobów chcielibyśmy mieć w naświetlaniach promieniami Röntgena.

Na pytanie, czego mamy domagać się od sposobów, które mają nam zastąpić myomotomię, odpowiemy, zdając sobie sprawę z tego, co nam dziś daje myomotomia.

Więc najprzód daje nam ona doskonałe rokowanie operacyjne i to do tego stopnia, że obawa o życie chorej nie wiele waży w naszych postanowieniach. Następnie — daje nam doszczętne, trwałe uleczenie, tak że o przyszłe losy operowanych jesteśmy spokojni, jeżeli nie było zwyrodnienia mięsakowego. Daje nam możność, w miarę korzystnych warunków, wyłuszczyć włókniak z miąższu macicy z zachowaniem jej całości, lub odjąć z niej tyle, ile potrzeba. Wreszcie, razem z macicą usuwa i schorzałe jajowody, a wobec jajników pozwala nam zachować się, jak uważamy za potrzebne ze względu na przyszłość chorej. Wobec tego myomotomię uważać należy za operacyę doskonałą, za czem idzie, że musimy być bardzo wybredni w tem, coby z nią kiedyś mogło współzawodniczyć.

A teraz zapytajmy się, co nam dotychczas dało leczenie włókniaków promieniami Röntgena? Najwybitniejsze i niezaprzeczalne ich działanie odnosi się do jajników, których czynność

znoszą. Wytwarzają one zatem stan, niczem nie różniący się od tego, jaki nam dawało dawniej trzebienie. Za tem w parze, w wielkiej części przypadków, szło uleczenie dominującego objawu, jakim są krwotoki, co prawda, ale też to jedyne i nie z taką znowu zupełną pewnością. Ale i to, co otrzymuje się, dzieje się kosztem zniesienia czynności jajników u każdej tymi promieniami leczonej chorej, bez względu na możebne skutki odpadnięcia czynności, tak ważnej u kobiet młodszych. Ale, co najważniejsze, pozostawia w całości to, o co głównie chodzi, aby zostało usunięte, mianowicie — włókniaki, ze wszystkiemi możebnemi kambinacyami ich zejść, do których takie stałe zmniejszanie się włókniaka, żeby w końcu równało się jego zniknięciu, zaliczać musimy do największych rzadkości. Natomiast nierzadko wydarza się: zaprzestanie wzrastania stałe lub chwilowe, zmniejszanie się do pewnego stopnia lub też nieprzerwany dalszy rozrost i możebne widoki zwyrodnienia torbielowego lub i mięsakowego.

Stanowisko leczenia włókniaków naświetlaniem, mojem zdaniem, dałoby się jedynie wówczas uratować, gdyby okazało się z niedającą się zaprzeczyć pewnością, że promienie Röntgena mają wybitne działanie na utkanie samego włókniaka, a dałoby się to jedynie wykazać bez porównania większą częstością korzystnych zmian jego utkania, prowadzących chociażby do względnego uleczenia. Operacya bowiem każda, chociażby nawet mająca najwięcej widoków powodzenia, pozostanie zawsze czemś, w czem tkwi pewne ryzyko, na które trzeba narazić się, jeżeli się musi. Jeżeli zatem, oprócz operacyi, istnieje jaki inny, chociażby połowicznie, ale przynajmniej pewno działający środek, to raczej jego chwytamy się w nadziei, że nam uda się ominąć operacyę. Takim środkiem mogłyby stać się promienie Röntgena jedynie wówczas, gdyby ich działanie na przeobrażenie wsteczne włókniaków zostało niezawodnie stwierdzone. Tego doświadczenia kliniki prof. Marsa, jak dotychczas, stwierdzić nie zdołały. Pozostaje zatem, jako pewne, działanie na jajniki, a to jest niezawodnie do współzawodniczenia z myomotomią za mało.

Inne zupełnie jest nasze stanowisko wobec raka macicy! Tu sprawa jest piekąca, nie cierpiąca zwłoki, bo leczenie ope-

racyjne nawet w pozornie korzystnych przypadkach nigdy nie jest niezawodnie trwałe, pomimo nawet rozszerzonych sposobów operowania, a co gorsza, że tyle przypadków wydarza się, które już do leczenia operacyjnego nie nadają się, jako z góry skazane na śmierć. Tu zatem każdy środek, chociażby tylko polepszający widoki operacyjnego leczenia, lub umożebniający jeszcze wykonanie operacyi w przypadkach, w których to w obecnych warunkach jest już niemożebne, jest nader pożądany i z zapałem witany. Leczeniu bowiem nieoperacyjnemu tu nie możemy przeciwstawić leczenia operacyjnego tak doskonałego, jak w leczeniu włókniaków.

Być może — takim środkiem dopełniającym, pomocniczym, staną się kiedyś, lub niedługo nie tyle promienie Röntgena, co radium, ale środkiem leczącym raka one nigdy nie będą w znaczeniu doszczętności. Takim bowiem środkiem może być jedynie środek, działający za pośrednictwem krwi, czyli za pośrednictwem soków krążących. Sama bowiem logika każe nam wierzyć, że jedynie taki środek byłby w stanie zniszczyć komórki istotnie rakowe wszędzie, gdziekolwiekby się one znajdowały, a więc tak samo w głównej ich siedzibie, jak i w sąsiedztwie i w najodleglejszych miejscach. Że posiadanie, czyli zdobycie takiego środka nie jest mrzonką, najlepszy mamy dowód w wynalezionym przez Wassermanna środku, leczącym raka białej myszy (połączenie eozyny z selenem). Wassermann dostarczył jawnego dowodu, że są ciała, mające do pewnych tylko komórek powinowactwo z zupełnem pominięciem innych.

Więc nadzieje nasze nie powinny tkwić w środkach miejscowo, choćby przenikająco promienisto, działających, lecz w działających za pośrednictwem soków krążących.

Z kliniki położniczoginekologicznej Uniwersytetu lwowskiego
(Dyrektor Prof. Dr. A. Mars).

Dwa przypadki ciąży śródmiąższowej

podał

ADAM CZYŻEWICZ.

W ostatnich czasach miałem sposobność spostrzegania dwu przypadków ciąży śródmiąższowej i chciałbym je na tem miejscu pokrótce opisać.

1. E. U. 40-letnia wieloródka, przyjęta do naszej kliniki 18 listopada 1912 r. Urodziła raz przed 18-tu laty, poroniła raz przed 16-tu laty. Odtąd peryody były obfite i nieregularne. Ostatni w początku października 1912 r.

Badanie wykazało osobę zdrową. Oznaki ciąży prawdopodobne obecne. Macica wielkości dwu pięści twarda, gładka, niebolesna, w przodozgięciu, ruchoma. Stąd rozpoznanie włókniaków i ciąży.

D. 22 listopada 1912 r. wieczorem wystąpiły nagle objawy krwotoku wewnętrznego. Natychmiast wykonano cięcie brzucha i stwierdzono, że macica była tylko nieco powiększona a na jej lewym rogu nasadzona była czapka, utworzona ze skrzepów, błon płodowych i resztek łożyska; śród tego płód około 4-ro miesięczny świeżo obumarły. Niedawne miejsce pęknięcia i krwotok brzuszny. Objaw Rugego wyraźny; stosunki anatomiczne, jakkolwiek niezbyt wyraźne wśród krwi i skrzepów, pozwalały na rozpoznanie ciąży śródmiąższowej.

Usunięto ją razem z całym lewym rogiem macicy i przydatkami.

Pacyentka przeszła następnie zapalenie płuc i lekki skrzep w żyle podkolanowej lewej, ostatecznie wszakże — wyzdrowiała.

2. A. E. 26-letnia urodziła raz prawidłowo w r. 1911. W lipcu 1912 r. brak peryodu. W sierpniu bóle brzucha i omdlenie. Rozpoznano podówczas ciążę pozamaciczną pękniętą, lecz nie operowano i chora wyzdrowiała.

Ostatni peryod 20—23 stycznia 1913 r. D. 19 marca 1913 r. nagłe bóle brzucha, omdlenie i zapad. Badanie w dzień później wykonane wykazało objawy znacznego krwotoku ciążowego, objawy prawdopodobne ciąży i miękki naciek wkoło macicy. Z rozpoznaniem pękniętej ciąży pozamacicznej przystąpiono do otwarcia jamy brzusznej.

Znaleziono wśród krwi i skrzepów powiększoną macicę z lewym rogiem rozdętym przez guz wielkości orzecha włoskiego, pęknięty w tyle górnego bieguna, a wypełniony skrzepami. W zatoce Douglasa zniszczone jaje płodowe i płód długości około 1 cm. Objaw Rugego bardzo wyraźny, przyczepy więzadeł rozwinięte charakterystycznie dla ciąży śródmiąższowej. Guz ten razem z rogiem macicy usunięto, poczem pacyentka wyzdrowiała.

Ciąża śródmiąższowa (graviditas interstitialis) jest sprawą patologiczną, znaną od czasu spostrzeżenia Schmitta w r. 1801. Anatomiczne jej szczegóły uwydatniły sekcyjne badania Mayera z r. 1825, Brescheta z r. 1826 i Montiniego z r. 1840. Późniejsze spostrzeżenia dodały szereg badań szczegółowych, ważnych dla rozpoznania, nie zmieniły jednak, ani nie osłabiły spostrzeżeń pierwotnych.

W głównych zarysach jest nauka o ciąży śródmiąższowej wiedzą skończoną, czego jednak zupełnie nie można powiedzieć o klinicznej stronie spostrzegania. Ta wymaga jeszcze wiele pracy i znacznego rozwoju.

Pomimo, że ciąża śródmiąższowa, jest dawno anatomicznie dobrze znana, to spotykamy się z nią tak rzadko, że wielu wybitnych specyalistów nie widziało jej w ciągu całej swej działalności. Fakt to tem ważniejszy, że prawie nie może być mowy o pomyłce w rozpoznaniu lub przeoczeniu, gdyż z reguły przychodzi do pęknięcia ściany macicy i krwotoku, zazwyczaj bardzo groźnego. Z małymi wyjątkami dostają się przypadki tego schorzenia pod nóż anatoma lub operatora, mogą więc być zarejestrowane dokładnie.

Jeżeli pomimo wymienionych warunków korzystnych dla spostrzegania mógł Werth w swej pracy zbiorowej podać zaledwie około 40 znanych przypadków, to liczba ta dowodzi, że ciąża śródmiąższowa należy do najrzadszych postaci ciąży pozamacicznej.

I nie dziw. Część śródmiąższowa jajowodu daje możliwie najniekorzystniejsze warunki do usadowienia się jaja płodowe-

go. Zaledwie 1 cm. długa, w świetle nie szersza nad 1—1½ mm., przebiegająca łukiem wypukłym ku górze i tyłowi, wyposażona w nizkie i nierozgałęzione fałdy błony śluzowej, prawie że nie ma zaułków, w których mogłoby się zatrzymać jaje płodowe. Ponadto wpływ swój wywierają także skurcze mięśni macicy, otaczające dotyczącą część jajowodu, a powodujące przez ściskanie jej i zwalnianie naprzemian takie zmiany w świetle jajowodu, że przyjść musi do ruchu jakiegokolwiek płynu, o ile się tu tylko znajduje. Że tak jest w istocie — miałem sposobność przekonać się naocznie, przeglądając preparaty mikroskopowe przy sposobności badań nad miesiączkowaniem jajowodów (Lw. Tygodn. lek. 1907, № 51). Wpływ ten odgrywa poważną rolę, gdyż jest rzeczą prawie pewną, że skurcze macicy występują ciągle i często także poza okresem czynności porodowej i miesiączki, i że w jajowodzie znajduje się stale jakaś treść płynna, jakkolwiek w małej ilości.

Do nieustannego ruchu treści jajowodowej przyczynia się wreszcie ruch migawek komórek nabłonkowych błony śluzowej.

Stąd rzeczą jest jasną, że jaje nawet zatrzymane w części jajowodu śródmiąższowej zostanie de regula przesunięte w jedną lub drugą stronę. Pozostawanie jego w tem miejscu wymaga jakiegoś bliżej nam nieznanego zbiegu okoliczności.

Zmiany anatomiczne w czasie rozwoju ciąży śródmiąższowej są rzeczą znaną. Stosownie do łukowatego przebiegu jajowodu rozwija się jaje płodowe w tył i ku górze i w bardzo krótkim czasie dostaje się pomiędzy mięśnie macicy. Te, rozsuwane coraz bardziej, zbierają się w dole jaja płodowego, a cieńczeją coraz bardziej w jego górnym biegunie, szczególnie od tyłu. Z biegiem czasu pozostaje tam tylko delikatna ich siatka, błony płodowe dostają się tuż pod otrzewną i przychodzi do pęknięcia ściany. Cała sprawa powyższa nie trwa długo i zazwyczaj w ciągu 3 pierwszych miesięcy dobiega końca. Znany jest zaledwie 1 przypadek, donoszony do 6-go miesiąca; późniejszych nie spostrzegano.

Rozpoznanie różniczkowe anatomiczne opiera się na zmianach typowych. Przyczep więzadła obłego i przyczep więzadła jajnikowego własnego oddalają się od siebie wskutek rozrostu

jaja płodowego. Pierwszy z nich przesuwa się ku zewnątrz i na dolną część guza, drugi na zewnątrz i tył guza. Zazwyczaj przyczepy te są ponadto rozciągnięte w swoich pojedyńczych wiązkach tak, że niejako przechodzą na guz. Stąd przy dokonywaniu zabiegu operacyjnego zazwyczaj nie mogą być utrzymane, szczególnie przyczep więzadła jajnikowego. Jajowód cały naturalnie przesuwa się na zewnątrz guza.

Pomienione stosunki dostatecznie odróżniają ciążę śródmiąższową od ciąży w cieśni jajowodu, przy której przyczepy więzadeł nienaruszone pozostają przy macicy, na wewnątrz guza.

Od ciąży w rogu szczątkowym odróżnia ciążę śródmiąższową jej stosunek do macicy i zachowanie się tej ostatniej. Przy ciąży śródmiąższowej przechodzi ściana guza bezpośrednio i bez żadnej widocznej granicy w ścianę macicy, w której stwierdza się typowo znaczny przerost całego trzonu, nie spotykany nigdy w ciąży w rogu szczątkowym.

Dla przypadków przejściowych, leżących na granicy między częścią śródmiąższową jajowodu, a jega cieśnią, podał Ruge sposób rozpoznawczy. Zgodnie z jednostronnym rozwojem jednego rogu macicy przez rosnące jaje płodowe, sterczy róg ten ku górze tak, że dno macicy nie przebiega już w płaszczyznie poziomej, tylko w płaszczyznie skośnej, tem bardziej zbliżonej do prostopadłej, im dalszy jest rozwój ciąży.

Wspomniane oznaki prawie zawsze wystarczają do rozpoznania ciąży śródmiąższowej na stole operacyjnym lub sekcyjnym, nie dadzą się jednak zużyć w klinicznem spostrzeganiu, bo tu z reguły usuwają się badaniu. Jeżeli nawet z ogólnych objawów klinicznych rozpoznać można ciążę pozamaciczną i nawet w bardzo korzystnych warunkach wyczuć jej usadowienie w rogu macicy, to przecież rozpoznanie różniczkowe między ciążą śródmiąższową, ciążą w cieśni jajowodu i ciążą w rogu szczątkowym przy pomocy dziś znanych sposobów badania nie da się zrobić i wszelkie próby pod tym względem uważać należy za zgadywanie na podstawie co najwyżej bardzo nieokreślonego podmiotowego uczucia.

Jedynym objawem, możliwym do zużycia, byłby fakt nieproporcyonalnie dużego wzrostu macicy w ciąży śródmiąższowej. Jeżeli jednak zważy się, że wobec nieświadomości ścisłe-

go wieku ciąży, nie wiemy właściwie, jak wielka powinna być w danym razie macica, że wzrost jej może być nierównomierny w rozmaitych przypadkach i że nigdy nie można wyłączyć równoczesnej ciąży śródmacicznej, to i ten objaw tak kruche ma jeszcze podstawy, że zużyć się nie da.

Być może — w przyszłości znajdą się jeszcze oznaki rozpoznawcze. Z obecnie znanych sposobów badania możeby można wyciągać pewne wnioski z prześwietlań promieniami Röntgena i obserwacyi cienia, rzucanego przez macicę. Należałoby tylko odpowiednio wykształcić technikę prześwietlań, aby módz uzyskać ostre zdjęcia i sporządzić całe szeregi fotografii analogicznych przypadków, stwierdzanych autopsyą, na co jednak co najmniej lat wielu jeszcze potrzeba.

W sprawie leczenia ciąży śródmiąższowej niema różnic w zapatrywaniach. Podpada ona ogólnym regułom, przyjętym dla ciąży pozamacicznej i z chwilą rozpoznania daje wskazanie do jaknajspieszniejszej operacyi. Stan ten trwać musi tak długo, dopóki napewno nie zostanie stwierdzone, ze ciąża śródmiąższowa stopniowo przejść może w zwykłą śródmaciczną, co dotąd nie jest sprawą rozstrzygniętą i dopóki nie nauczymy się napewno ocenić, w jakich przypadkach przejście takie dokonać się musi.

Z kliniki kobiecej D-ra Falgowskiego w Poznaniu.

O zachowawczej dążności leczniczej w operowaniu mięśniaków macicznych

podał

FALGOWSKI (w Poznaniu).

Im więcej podnosi się korzystne wyniki leczenia mięśniaków macicy za pomocą promieni Roentgena, tem więcej narzuca się pytanie, czy wskazanie do operacyi w tem cierpieniu ma jeszcze racyę bytu. Mimo najlepsze wyniki leczenia promieniami nie można wobec szybkich i pewnych wyników, jakie daje operacya, twierdzić, że operacya mięśniaków jest zupełnie zbyteczna. Jest jednakże rzeczą konieczną, aby w przyszłości na podstawie doświadczeń i porównań co do wyników leczniczych ustalić pewne wskazania dla obu rodzajów leczenia.

Leczenie mięśniaków promieniami Roentgena zabiera dużo czasu, wymaga wielu zachodów, jest połączone z dużym wydatkiem i nie zawsze jest pewne. Liczyć z pewnością na wyzdrowienie można tylko wtenczas, jeżeli zna się dokładnie stan wszystkich narządów w miednicy, stan tak dokładny, że prawie jedynie można go ocenić za pomocą obejrzenia po otworzeniu jamy brzusznej. Dość często znajduje się przy tem zmiany zapalne przydatków, na które opromienianie bodaj korzystny wpływ wywierać może. Pomiędzy 78 mięśniakami, operowanymi w mojej klinice, stwierdziłem 6 razy ropień jajowodu lub guz przydatków, a jeden raz — ropniak jajnika. Z tych 7 za-

palnych zachorzeń przydatków rozpoznano przed operacyą tylko dwa, inne — stwierdzono dopiero podczas operacyi.

Złośliwe zmiany mięśniaków utrudniają także leczenie promieniami Roentgena. I tutaj jest rzeczą zwykle niemożliwą sprawę rozpoznać przed operacyą. Dopiero podczas operacyi stwierdzić można zwyrodnienie złośliwe, i to z niezupełną pewnością. Z 78 przezemnie operowanych przypadków przypuszczałem dwa razy już podczas operacyi, że rozchodzi się o guzy zwyrodniałe złośliwie. Przypuszczenie to — potwierdziło badanie drobnowidzowe. Tutaj mogło zatem tylko wyłuszczenie odnieść skutek pożądany, podczas gdy leczenie promieniami Roentgena dałoby prawdopodobnie wynik ujemny. Rozpoznania złośliwego nowotworu nie było można zrobić przed operacyą z całą pewnością.

Do tego dochodzi trudność rozpoznania wogóle. Znam przypadek, gdzie twardy, dość poruszalny obok macicy położony guz uchodził za mięśniak podsurowiczy. Podczas operacyi pokazało się, że był to rak prawego jajnika. Szczęśliwym zbiegiem okoliczności nie zdecydowano się tu na długo trwające opromienianie i w czas guz usunięto.

Z macicą pozlepiane guzy przydatków mogłyby także pomimo dokładnego wywiadu i badania uchodzić za mięśniaki, i jako takie możnaby je długo opromieniać napróżno. W pewnym przypadku sprawiał twardy guz, położony na lewo od trzonu macicy, wrażenie mięśniaka macicy. Rok przedtem wyjęto kobiecie tej za pomocą cięcia brzusznego małą torbiel jajnika na lewej stronie. Kobieta ta skarżyła się na silne krwotoki. Po otworzeniu jamy brzusznej przez pochwę okazało się, że mięśniaka nie było wogóle, natomiast stwierdzono, że do macicy przylepił się mocny zwitek gazy, który pozostawiono w zagłębieniu odbytniczomacicznem podczas pierwszej operacyi, i który sprawiał wrażenie mięśniaka. Przypuszczenie to zdawały się jeszcze potwierdzać silne krwawienia z macicy.

I inne pomyłki rozpoznawcze są tu jeszcze możliwe. Wyjaśniają się one zwykle zaraz po otworzeniu jamy brzusznej, poczem podług tego stosować się powinien zabieg operacyjny. W takich przypadkach miałoby opromienianie tylko jeden skutek, mianowicie — męczyłoby kobietę niepotrzebnie, kosztowa-

łoby ją dużo, a uzdrowienie nie postąpiłoby ani kroku naprzód. Dla tego powiedzieć sobie trzeba, że leczenie promieniami Roentgena może nieraz — przynajmniej pośrednio — być szkodliwe.

Możnaby temu zarzucić, że w napewno stwierdzonych czystych mięśniakach leczenie promieniami Roentgena daje dobre wyniki, a nie jest wcale niebezpieczne. Na to jest odpowiedź, że leczenie za pomocą operacyi wobec dobrej techniki i w dobrze prowadzonych klinikach nie wykazuje śmierteluości i prowadzi napewno do wyzdrowienia. Prócz tego ma zabieg operacyjny jeszcze jedną, nieskończenie doniosłą zaletę, że mianowicie—zachowuje kobiecie ważne czynności w przeciwieństwie do leczenia promieniami Roentgena, które prawie zawsze równa się trzebieniu.

Z moich 78 przypadków nie zmarła ani jedna kobieta. Nie zachodziły też ani razu skaleczenia poboczne albo groźne stany w okresie zdrowienia.

W 28 przypadkach rozchodziło się o kobiety starsze wiekiem, którym odcięto całą macicę. 7 dalszych przypadków w wieku 37—45 lat okazywało tak ciężkie zmiany, że również zaszła potrzeba operować doszczętnie. U trzech młodszych kobiet (w wieku 28 — 37 lat) odciąłem macicę powyżej pochwy dla tego, że z innych powodów trzeba było umyślnie zapobiedz możliwości ciąży. Z pozostałych 40 chorych, które wszystkie miały mniej, niż 37 lat, można było wszystkie leczyć zachowawczo. Wynik był taki, że 21 z operowanych miesiączkowało po operacyi prawidłowo, inne zas nie stawiły się do zbadania następowego, dlatego u nich sprawy tej stwierdzić nie było można. Zajścia w ciążę po operacyi nie zauważyłem dodychczas ani razu; wszystkie kobiety czują się zdrowo, życie płciowe nie uległo żadnym zaburzeniom, gdyż stosunkowo młode kobiety nie czują się płciowo wcale upośledzone.

Cięcie brzuszne zrobiono 41 razy, 37 razy operowano przez pochwę. Chciałbym nadmienić, że operacyę zachowawczą w korzystnych warunkach i przy dostatecznej szerokości pochwy wykonać można bardzo dobrze drogą pochwową. Zawsze, jeżeli możliwe, uniknąć można i tutaj uszkodzenia jajników, co oznacza w porównaniu z leczeniem promieniami Roentgena

wielką zaletę. Często zachować można część pochwową macicy i resztę trzonu. Oczywiście — łatwiej jest wobec wielkich mięśniaków operować zachowawczo od góry. Z 40 operowanych zachowawczo zrobiono u 20 cięcie brzucha. Z 38 leczonych doszczętnie operowano 12 od góry, resztę przez pochwę. Z zestawienia tego wynika, że nawet wielkie mięśniaki dadzą się usunąć przez pochwę, że jednak cięcie brzuszne pozwala zachować wiele więcej zdrowej tkanki macicznej.

Na czem właściwie polegają metody operacyi zachowawczej mięśniaków macicy?

Już samo pozostawienie szyi macicznej oznacza pewną skłonność do zachowawczości. Dla kobiety nie jest wcale rzeczą obojętną, czy wyjmuje się z pochwy całą macicę, czy też pozostawia się szyję i umożliwia w ten sposób prawidłowe wydzielanie przez pochwę. Obawa, że kiedyś mógłby się wywiązać rak części pochwowej lub szyi macicznej, co zachodzi nadzwyczajnie rzadko, nie daje nam żadnego prawa do okaleczenia kobiety. Z drugiej strony, chcąc postępować logicznie, trzebaby przy każdej laparotomii usunąć wszystko, coby zachorzeć mogło kiedykolwiek. Pozostawienie szyi zapewnia kobiecie prawidłowe stosunki anatomiczne i fizyologicznie prawidłową czynność tak ważnego narządu, jakim jest pochwa, ważnego zarówno dla młodych, jak dla starszych kobiet. U wszystkich doszczętnie od góry operowanych kobiet pozostawiałem dlatego z zasady szyję, i w jednym przypadku osiągnąłem przez to zachowanie mniej lub więcej wybitnej miesiączki, choć tylko przez krótki przeciąg czasu.

Oczywiście — nie zaliczamy odcięcia macicy powyżej szyi do operacyi zachowawczych. Polegają one na tem, że usuwa się jedynie wszystkie guzy mięśniowe, pozostawiając o ile możności jaknajwięcej niezmienionej tkanki macicznej. Jak się to wykonywa, jest rzeczą obojętną. Każda droga, która prowadzi do zamierzonego celu, ma racyę bytu. Bardzo dobrą metodę podał W. H. Freund w Strassburgu, polega ona na klinowatej całkowitej myomektomii. Za pomocą cięcia strzałkowego wycina się kawał macicy z obydwóch ścian t. j. z przedniej i tylnej ściany. W ten sposób otwiera się dostatecznie wnętrze macicy, w którem można wymacać wszystkie ukryte guzy mięśniakowe

i zaraz je usunąć. To, co z macicy pozostało, zaszywa się starannie. W ten sposób uzyskujemy często trzon macicy prawidłowo wielki i dobrze sprawny. To samo osiąga się czasami przez zwykłe strzałkowe częściowe lub całkowite nacięcie trzonu macicy. Zadziwiającą jest rzeczą, jak łatwo szyje się po wycięciu mięśniaków nawet grube ściany macicy, i jak gładko goją się one. Słusznie podnosi Freund, że głównie chodzi o to, aby rany, mające zabliźnić się, były proste, i aby nie pozostawiać próżnych, krwawiących jam, których zaszyć nie można. Jeżeli większa część trzonu macicy jest poprzerastana mięśniakami, to jednak często uda się odciąć trzon trochę wyżej, niż przy odcięciu cerwikalnem, i w ten sposób pozostawić sporą jeszcze część dolnego trzonu macicy. Operacyę tę, którą nazwałbym amputacyą podtrzonową, wykonałem w dziewięciu przypadkach z takim wynikiem, że kobietom pozostał trzon macicy, który później łatwo wyczuwać było można, i który w pięciu przypadkach jeszcze rok do dwóch lat regularnie miesiączkował. Odcięcie w dolnej części lub w środku trzonu macicy można przy małych mięśniakowatych macicach wykonać także przez pochwę. Wogółe podkreślam razem z H. Freundem, że technika nasza co do leczenia zachowawczego wymaga pod wielu względami udoskonalenia. Czasby był, aby nareszcie odstąpić od wyjmowania za każdym razem całej macicy z obawy przed późniejszem zwyrodnieniem części pochwowej macicy lub ze strachu przed nawrotami.

Zadanie nasze, jako lekarzy, polega na tem, aby usunąć jedynie istniejącą sprawę chorobową, a nie na tem, aby, chcąc zapobiedz wszystkim ewentualnościom, popsuć stosunki naturalne.

Aby zaraz tutaj zrobić porównanie z leczeniem promieniami, należy sobie uprzytomnić, że i tutaj pomimo długiego trwania leczenia przy dobrym wyniku tegoż oddziałuje się tylko na istniejący mięśniak. Nie można zaś wcale wyłączyć, czy później nie rozwinie się rak części pochwowej macicy. Chcąc za to ręczyć, nie wolno byłoby nigdy zastosować leczenia promieniami Roentgena, lecz stale wycinać każdą mięśniakową macicę do szczętu.

Powrotu nie widziałem dotychczas jeszcze w żadnym z moich przypadków, o ile je później badałem.

Obawa przed nawrotem nie pozwala nam wcale zrobić zaraz z każdej chorej kaleki, tem więcej, że rozchodzi się o guzy dobrotliwe. Nie mamy prawa dla przesadnej dokładności zapominać o obowiązku umiarkowania. Główną naszą zasadą być powinno zachować stosunki prawidłowe, aby, o ile to tylko możliwe, pozostawić jaknajszerszą sprawność jajników i miesiączkowanie.

Ponieważ śmiertelność można w operacyach zachowawczych mięśniaków ograniczyć do zera, i ponieważ sprawność narządów płciowych mniej na tem cierpi, niż po opromienianiu, należy nadal w wysokiej mierze uwzględniać operacyę mimo dobre wyniki leczenia promieniami Roentgena. Prócz tego daje operacya możliwość dokładnego obejrzenia i ostrzeże przed przypadkowemi niespodziankami.

Operacya nie jest przy zastosowaniu nowoczesnego i stosownie do indywidualności wybranego rodzaju uśpienia niebezpieczna nawet dla kobiet słabych. I dlatego nie widzę powodu — wobec tak dobrych wyników i wobec możliwości pozostawienia w ustroju wszystkiego, co zdrowe — dla którego wskazanie do operacyi mięśniaków miałoby uledz zacieśnieniu na korzyść leczenia promieniami Roentgena, działającego stanowczo z większem zniszczeniem.

Z przytułku położniczego № 4 na Pradze (lekarz naczelny Dr. Jan Gromadzki).

Powikłanie ciąży i porodu torbielami jajnikowemi

D-rowi Teodorowi Boryssowiczowi — człowiekowi niestrudzonej pracy w hołdzie poświęcam

HENRYK GROMADZKI.

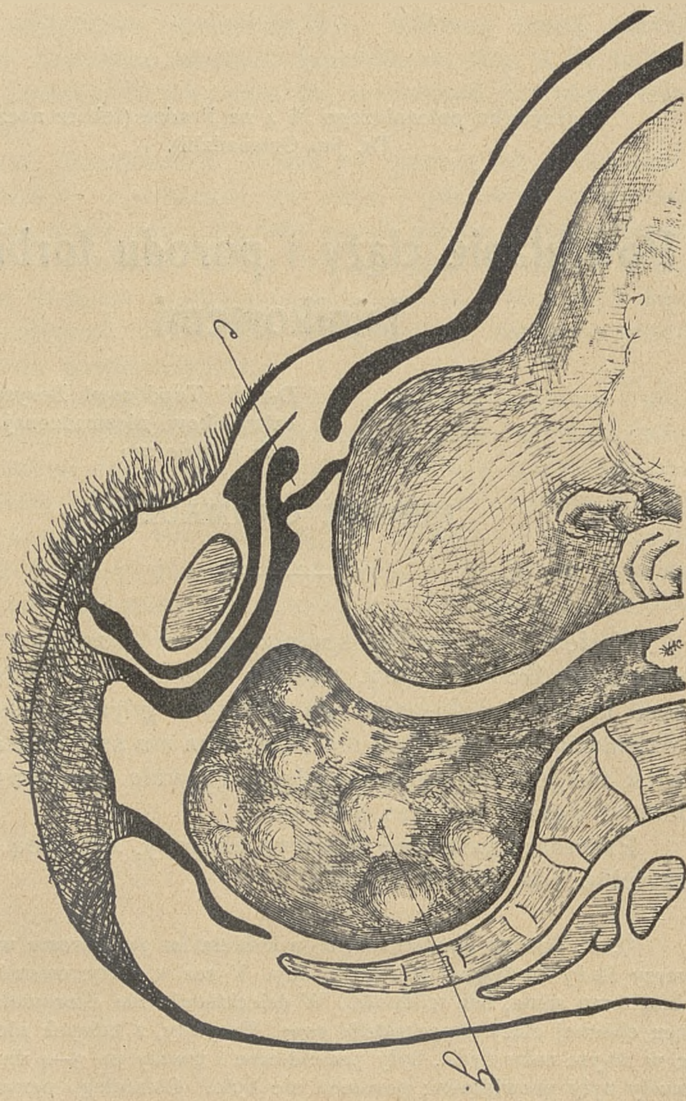
Miałem sposobność spostrzegać w przytułku przypadek torbieli jajnikowej, który, jako ze wszech miar zajmujący, zachęcił mnie do ogłoszenia go drukiem, gdyż w piśmiennictwie z dziesięciu lat ostatnich nie znalazłem mu analogicznego. Przypadek ten jest bardzo pouczający, głównie dla sprawy owariotomii w ciąży i podczas porodu.

Przytoczę pokrótce historyę choroby, zapisaną w księgach przytułku pod № 564 r. 1913.

O. M. dobrze zbudowana, tęga kobieta lat 34, wzrostu wysokiego; na twarzy ślady niedawno przebytej ospy. V raz w ciąży; ostatni raz urodziła 2 lata temu sama, bez trudności. W dzieciństwie nie chorowała. W IV miesiącu obecnej ciąży przechodziła ospę. Peryody, z których pierwszy zjawił się w 18-ym roku życia, były prawidłowe i trwały po 3—4 dni. Poprzednie porody były prawidłowe; poronień nie było. Ostatniego peryodu, ani pierwszych ruchów dziecka położnica nie pamięta.

Badanie zewnętrzne. Miednica prawidłowa: odległość przednich kolców 25 cm., grzebieni — 28, krętarzy — 31; sprzężna (Baudelocque'a) — 20. Brzuch duży, kształtu jajowatego; dno macicy znajduje się u wyrostka mie-

czykowatego, zarówno podczas bólu, jak i w przerwach pomiędzy bólami. Więzadła okrągłe silnie naprężone. Drobne części dziecka wyczuwa się



Rys. 1.

Szematyczny przekrój, wykazujący położenie główki dziecka i torbieli jajnika. Szyja macicy (*c*) nie rozwarta, i nie zgładzona, podciągnięta ku górze pomimo kilkogodzinnej natężonej pracy porodowej. Torbiel (*g*) wypełnia całą jamę Douglasa.

z lewej strony; główka oparta o lewy talerz kości podlędźwiowej: położenie skośne, pozycya II. Ruchy dziecka — wyczuwalne, bicie serca dziecka słychać z prawej strony powyżej pępka.

Badanie wewnętrzne. Pochwa obszerna, gładka. Poprzez tylną ścianę pochwy wyczuwa się w małej miednicy guz, wielkości główki dziecka, który wypełnia całą próżnię miednicy. Guz — na ogół miękki, miejscami stwardniały, wyraźnie chełboce.

Z trudnością dochodzi się do szyi macicy, która jest sformowana zupełnie i znajduje się po nad górnym brzegiem spojenia łonowego, i jest silnie przesunięta do przodu.

(Naprędce naszkicowany obraz sytuacyjny w przekroju podłużnym w linii środkowej przedstawia się jak na rys. 1).

Wody stoją. Poród rozpoczął się już przed kilku godzinami. Bóle powtarzają się bardzo często tak, że z obawy powikłań dwa razy wstrzyknięto położnicy po 0,01 morfiny.

Do części przodującej dojść nie można było.

Rozpoznanie: Tumor ovarii fluctuans fixatus in excavatione Douglasi.

Bliższe rozpoznanie było na razie niemożliwe ze względu na napotykane przy badaniu trudności.

Ponieważ bóle nie ustawały, a nie można było spodziewać się dobrego ich wpływu na dalszy przebieg porodu, chociażby z obawy, że torbiel mogła pęknąć, zaniechano wszelkiego odprowadzania guza i przystąpiono do cięcia brzucha z myślą o cesarskiem cięciu, oraz owariotomii po wydobyciu dziecka.

W uśpieniu chloroformowem dokonano klasycznego cięcia cesarskiego. Po wydobyciu żywego dziecka i łożyska wstrzyknięto do mięśnia macicy 1 $cm.^3$ pituitryny, owinięto macicę serwetami i wytoczono ją z jamy brzusznej do przodu.

W małej miednicy leżał duży guz, wychodzący z lewego przydatku. Wydobyto go z małej miednicy ręką i, podwiązując stopniowo jego szypułę w celu unikania masowych ligatur, odcięto go, trzymając się możliwie blizko ciała macicy. Na szypułę guza złożyły się części więzadła szerokiego (lig. latum) oraz więzadło własne jajnika (lig. ovarii proprium).

Podczas podwiązywania i odcinania szypuły guza zrobiono szczypczykami chirurgicznymi nieznaczny otwór w jego ścianie, przez który wydobyła się na zewnątrz niewielka kropla gęstej zielonkawej ropy; ponieważ natychmiast zarządzono wszelkie środki ostrożności, ropa na pole operacyjne nie dostała się.

Ranę, powstałą po przecięciu szypuły, zaperitonizowano podwójnie; macicę zeszyto metodą Frietscha, ściany zaś brzuszne — szwem trzypiętrowym.

Przebieg połogu i gojenia się był zupełnie prawidłowy. Pacyentka wypisała się zdrowa ze zdrowem dzieckiem.

* * *

Wyjęty guz był wielkości niedużej główki noworodka i napełniony był gęstą zielonkawą ropą. Była to więc zropiała torbiel jajnika lewego, co można z pewnością twierdzić

na skutek badania drobnowidzowego, wykonanego po utrwaleniu preparatu w formalinie.

Makroskopowo guz nie przedstawiał nic nadzwyczajnego. Powierzchnia jego była zupełnie gładka, nigdzie nie było śladów zrostów z okolicą. Ściana torbieli nie była wszędzie jednakowej grubości, miejscami wykazywała zgrubienia w formie oddzielnych mniejszych i większych guzików, które okazały się ogniskami tu i owdzie pozostałymi normalnej tkanki jajnikowej.

Badanie drobnowidzowe skierowałem w kierunku wyświetlenia pochodzenia tego dużego ogniska ropnego, i w tym celu sporządziłem preparaty wewnętrznej powierzchni jamy ropnej, oraz tych guzików, które już makroskopowo wyróżniały się z całości otoczenia. W ścianie ropnia znalazłem od strony zewnętrznej zupełnie normalną tkankę jajnikową z jej charakterystycznemi komórkami wrzecionowatemi, oraz z pęcherzykami początkowymi i pęcherzykami Graafa. Jeden z ostatnich był bardzo duży (rys. 2); dowodzi on, iż chory jajnik nie był w najmniejszej mierze powstrzymany w swej czynności fizyologicznej. Od strony wewnętrznej widzimy silne nacieczenie leukocytowe oraz zamianę tkanki jajnikowej na tkankę łączną, tak że do pewnego stopnia można tu mówić o formacyi t. zw. błony ropotwórczej (membrana pyogenetica).

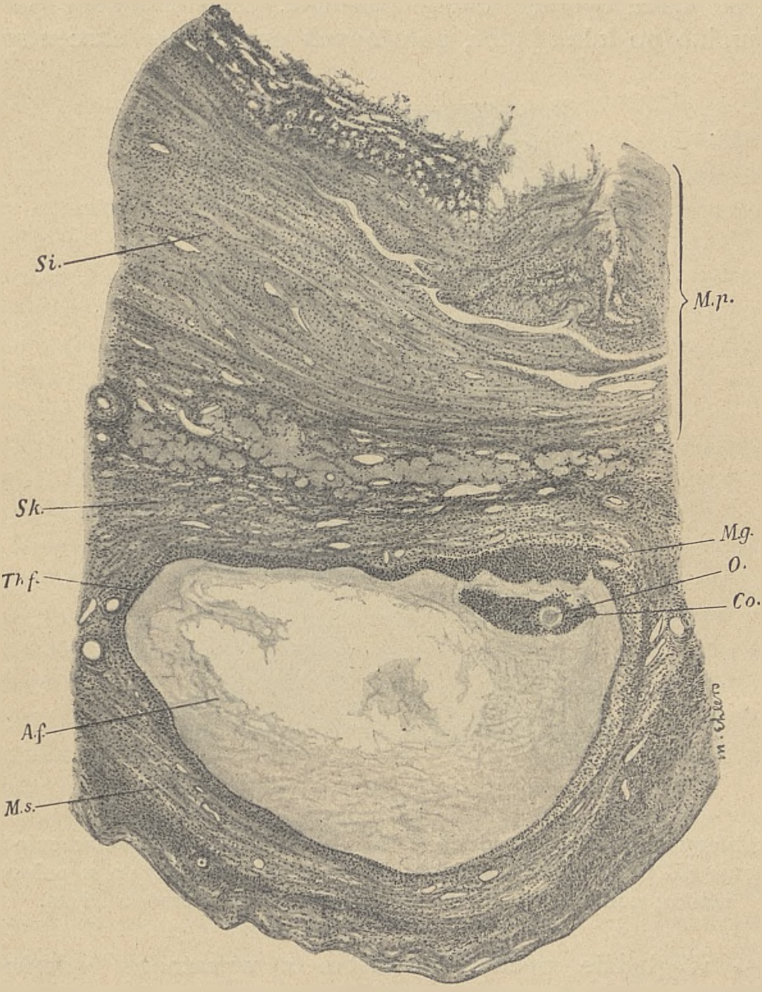
Wewnątrz ropnia, na powierzchni jego ściany, nie znalazłem oczywiście żadnego śladu komórek nabłonkowych, które najlepiej mówićby mogły o jego pochodzeniu, znalazłem jednak komórki, które zasługują na uwagę ze względu na sprawę zdolności samoobrończych ustroju.

Komórki te (rys. 2 i 3) bardzo sa podobne do komórek luteinowych i mogą być bardzo łatwo za nie wzięte.

Leżą one w większej liczbie w warstwach najbardziej dośrodkowych ściany torbieli pomiędzy bardzo licznemi tutaj ciałkami białemi krwi, t. j. w tych miejscach, gdzie nacieczenie leukocytowe jest największe, a formacya błony ropotwórczej najwidoczniejsza.

L. Pick opisał te komórki w roku 1908. Znalazł on je w błonach ropnych starych ropniaków jajowodu oraz w ścianie wyrostka robaczkowego ze zgęstniałym ropniakiem, nastę-

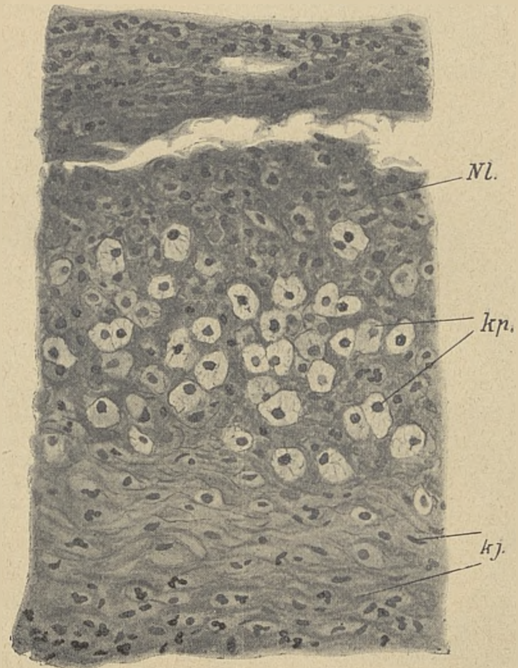
pnie — w splocie naczyniastym (plexus chorioideus), wreszcie — w błonie ropnej w zapaleniu miedniczki nerkowej.



Rys. 2.

Przekrój ściany torbieli (Leitz obj. 1 oc. 3). Obok mocnego nacieczenia leukocytami (*Si.*) w dośrodkowych warstwach ściany, które można wziąć za błonę ropotwórczą (*M.p.*) widać prawidłową tkankę jajnika (*M.s.* i *Sk.*), otaczającą dojrzały pęcherzyk Graafa z jego charakterystycznemi oznakami: osłonką pęcherzyka (*Thf.*), błoną ziarnistą (*M.g.*), wzgórkiem zarodkowym (*Co.*) oraz jajeczkiem (*o.*) z otoczką przezroczystą.

Są to duże nabłonkowate komórki formy owalnej lub wielokątnej, są jasne i przezroczyste i leżą pojedyńczo, lub w grupach po kilka, tworząc jakoby pasemka. Zawierają one po jednemu, lub po kilka jąder, położonych przeważnie ekscentrycz-



Rys. 3.

Część błony ropotwórczej torbieli (Leitz obj. 5 oc. 3). Silne nacieczenie leukocytowe (*Nl.*) doprowadza komórki tkanki jajnikowej (*kj.*) do stopniowego zaniku; pomiędzy licznymi leukocytami widać komórki Picka.

nie o wyglądzie pęcherzykowatym z wyraźnemi jąderkami. Pierwocina tych komórek wygląda przy słabem powiększeniu jakby była drobnoziarnista i ma wygląd lekko włóknisty lub spieniony przy silnem powiększeniu; zawiera ona pęczki niezgrabnych kryształów, małe i duże kropelki, ziarenka i łuseczki podwójnie przełamujących ciał, które barwią się sudanem III lub szarlachrotem na czerwono, a kwasem osmowym na czarno. Są to komórki tkanki łącznej i śródbłonki, które w sąsiedztwie

obumarłej tkanki wsysają do swego wnętrza uwolnione ciała lipoidalne.

Krompecher, który ostatni zabierał głos w sprawie tych komórek, nazywa je wrzekomemi komórkami kępek żółtych i zalicza je do grupy komórek żernych ropnych.

Pomimo, że nie znalazłem w ścianie ropnia żadnych komórek nabłonkowych, czego — zresztą — z góry spodziewać się było można, przyjmuję, że guz wydobyty był zropiałą torbielą jajnikową pseudomucynową; przypuszczenie moje, potwierdzone przez prof. Veita i Picka, którym przedstawiłem preparaty drobnowidzowe, osnuwam na wielkości guza oraz na jego stosunku do narządów sąsiednich, głównie — macicy, z którą był połączony przez szypułę, utworzoną z jajowodu, części więzadła szerokiego, oraz więzadła własnego jajnika, o czem już wyżej wspomniałem.

Zropienie torbieli nastąpiło prawdopodobnie wskutek ospy, którą pacyentka przechodziła w IV miesiącu ciąży. Ospa, jak i inne choroby zakaźne, mogła wywołać ropienie torbieli.

Niestety — nie mogłem zbadać bakteryologicznie zawartości torbieli, gdyż brak laboratoryum na miejscu uniemożliwił mi dokonania posiewów i wyhodowania kultur. (Zaznaczyć muszę na tem miejscu, że przytułek położniczy № 4, ze względu na małe bardzo środki, nie jest w stanie rozporządzać laboratoryum dyagnostycznem, nie mówiąc już o takiem, które mogłoby służyć dla celów naukowych. Preparaty do obecnej pracy były wszystkie robione po za przytułkiem).

Torbiele jajnikowe w ciąży nie należą do rzadkości; wynika to chociażby stąd, że nawet duże torbiele nie hamują zupełnie czynności jajnika; dowodem tego niech będzie badanie drobnowidzowe danego przypadku. Kobieta z torbielowato zniekształconymi jajnikami może zajść w ciążę; torbiele mogą również powstawać już po zapłodnieniu i nie wpływać szkodliwie na dalszy rozwój płodu.

Niektórzy autorowie, jak Spiegelberg, Olshausen, Schauta i Fehling, twierdzą, że zajście w ciążę pobudza torbiele do szybkiego powiększania się, Pfannenstiel i Martin odrzucają powyższe twierdzenie, gdy Spencer np. widzi w powstałej ciąży czynnik hamujący rozrastanie się torbieli; sprawę tę pozosta-

wię nierozwiązaną, bo nie mam w tej mierze dostatecznego doświadczenia, przypuszczam jednak, że jak jedni, tak i drudzy mogą mieć racyę, jeżeli weźmiemy pod uwagę, że torbiele jajnikowe są rozmaite, nietylko co do swego pochodzenia i budowy anatomicznej, lecz i co do złośliwości, jaką są obdarzone.

Pfannenstiel dzieli torbiele jajnikowe: na powstające na tle zaburzeń odżywczych, oraz na rozrostowe. Jest to podział, który bezwarunkowo powinien być uznany za najlepszy, gdyż uwzględnia on zarówno patogenezę torbieli, jako też sprawę ich złośliwości dla ustroju.

Do pierwszej więc grupy zaliczamy te torbiele, których powstaniu towarzyszą sprawy zwyradniające aparatu pęcherzykowego, prowadzące do zniszczenia głównych części składowych pęcherzyka — jajka i nabłonka — czego wynikiem jest zbieranie się płynu surowiczego we wnętrzu pęcherzyka. Temu zbieraniu się płynu w powstającej torbieli może towarzyszyć bujanie tkanek, a mianowicie, nowotworzenie okolicznej tkanki łącznej unaczynionej, co jednak nie zmienia pojęcia zaburzenia odżywczego, pozostającego czynnikiem głównym.

Torbiele pierwszej kategoryi można podzielić na torbiele pęcherzykowe i torbiele luteinowe — stosownie do punktu ich wyjścia — pęcherzyka pierwotnego, lub ciała żółtego.

Do torbieli rozrostowych zaliczamy torbiele, wyłożone wybujałym nabłonkiem, a mianowicie: torbiele pseudomucynowe i torbiele surowicze.

Pęcherzyk Graafa może powiększać się, jeżeli cokolwiek bądź wpłynie na to, że w swoim czasie on nie pęknie i nie pozbędzie się swej zawartości. Na powiększenie się pęcherzyka wpływa zbieranie się w nim pływu, pochodzącego z nabłonka, którym jest wyłożony; niektórzy autorowie twierdzą, że może on dosięgnąć wielkości głowy dziecka. Jeżeli w jajniku kolejno zaczną powiększać się pęcherzyki Graafa, to jajnik zawiera kilka takich torbieli, które przez ucisk na okolicę powodują zanik tkanki jajnikowej. Torbiele te mogą być wyłożone nabłonkiem pęcherzykowym, mogą jednak również nie posiadać żadnego nabłonka, jeżeli płyn, wypełniający torbiel, doprowadzi go do zupełnego zaniku. Trudno jest nieraz powiedzieć, czy dana

torbiel jest zastojowa, ponieważ jednak w większości torbieli nabłonek utrzymać się nie może, a pęka już przy nieznacznem powiększeniu się torbieli i zostaje zniczczony przez płyn, wypełniający torbiel, Pfannenstiel zalicza tylko takie torbiele do zastojowych, których wewnętrzna powierzchnia pozbawiona jest zupełnie nabłonka.

Torbiele luteinowe powstają przez zbieranie się płynu surowiczego wewnątrz ciała żółtego. Powstania tych torbieli z ciała żółtego dowodzi ta okoliczność, że w ścianie pozbawionych nabłonka torbieli można zauważyć mniejszą lub większą skłonność tkanki do układania się w fałdy, na co pierwszy zwrócił uwagę Fraenkel; również często widzi się w ich ścianach rozstrzelone komórki luteinowe, zawierające barwnik.

Klinicznie powyższe torbiele dużego znaczenia nie posiadają. Tylko powikłania, występujące nieraz w toku ich powstawania, jak zropienie, skręcenie się szypuły, lub oderwanie się ich mogą budzić pewne obawy dla ich nosicielki, oraz zainteresowanie lekarza.

Na ogół są to torbiele dobrotliwe i nawet nie sprawiające żadnych dolegliwości; klinicznie atoli nie dają się zupełnie odróżnić od innych torbieli o charakterze złośliwym i dlatego bardzo często prowadzą do zabiegu chirurgicznego.

Torbiele drugiej kategoryi nie należą również do złośliwych. Jako torbiele rozrostowe — należą one do kategoryi tych guzów, które pochodzą histogenetycznie ze stałych pasemek embryonalnych nabłonkowych lub gruczołów cewkowatych, powstających albo z embryonalnych kłębków nabłonkowych, znajdujących się w każdej tkance jajnikowej, albo z zagłębień cewkowatych nabłonka pęcherzykowego lub zarodowego.

Pierwsze z nich — torbiele pseudomucynowe — są torbielami jajników najczęściej spotykanemi. Są to guzy o powierzchni gładkiej, miejscami uwypuklonej; w gęstym płynie, wypełniającym ich wnętrze, znajduje się w dużych ilościach pseudomucyna. Nabłonek, wyścielający wewnętrzną powierzchnię torbieli, ma budowę bardzo charakterystyczną: składa się on z komórek walcowatych, których jądra ustawione są u podstawy.

Torbiele te mogą doprowadzić nosicielkę do pewnego ro-

dzaju charłactwa, które różni się od charłactwa w raku absolutnym brakiem przerzutów guza pierwotnego.

Drugi rodzaj torbieli rozrostowych — torbiele surowicze — różni się od poprzednich tem, że ich zawartość nie wykazuje nigdy pseudomucyny, a nabłonek, wydzielający przezroczysty lepki płyn, składa się z nizkich komórek sześcianowatych. Oprócz tego widzimy tutaj silne tworzenie się brodaweczek, które, przerastając cienką ścianę guza, bardzo często wysiewają się na powierzchnię guza, jak również na okoliczną otrzewną.

Guzy te nadto dochodzą do tych rozmiarów, do jakich wyrastają torbiele pseudomucynowe.

Z objawów, towarzyszących powstawaniu torbieli surowiczych, wspomnę o puchlinie brzusznej, która zawsze powstaje wtedy, kiedy nastąpiło wysianie się brodawek na otrzewną ścienną.

Pomijam pozostałe guzy jajników, jako nie wchodzące w zakres tematu, zadaniem mojem bowiem jest przedstawić te niebezpieczeństwa, które powodują guzy „dobrotliwe“, a więc te, o których powyżej pokrótce wspomniałem.

Na pozór nie złośliwe, nie przeszkadzające zapłodnieniu i rozwojowi ciąży torbiele jajnikowe mogą w pewnych warunkach stać się groźnemi do tego stopnia, że mogą wysoce zagrażać życiu pacyentki, nie mówiąc już o życiu nowopowstającego ustroju.

Jakież są więc losy torbieli, które rozwijają się jednocześnie z rozwojem i postępem ciąży?

Ażeby stopniowo przejrzeć wszystkie możliwości, zacznę od najmniej powikłanych spraw chorobowych.

Wraz ze stopniowym wzrostem ciężarnej macicy zmniejsza się stosunkowo wolna przestrzeń jamy brzusznej, z czego oczywiście wynika coraz większy ucisk na torbiel i jej szypułę, tem większy w tych przypadkach, gdzie torbiel posiada skłonność do szybkiego powiększania swej objętości. Dzięki uciskowi może powstać w torbieli przekrwienie żylne z jego pożądanemi następstwy—a więc—zgorzelą tkanek, lub pęknięciem ścian torbieli. Zaznaczyć należy, że przy pęknięciu torbieli tylko w rzadkich przypadkach płyn w niej zawarty znajduje sobie ujście nazewnątrz przez pochwę lub kiszkę; przeważnie

wlewa się on do jamy otrzewnej, powodując szerokie zrosty, lub wrzekome śluzaki otrzewnej (pseudomyxoma peritonei), jeżeli pęknięta torbiel była torbielą pseudomucynową. Wspomnę też tylko o septycznych zapaleniach otrzewnej, które mogą powstać po pęknięciu wewnątrzbrżusznem torbieli zropiałych.

Wskutek napięcia, wywołanego wzrostem macicy ku górze, może bardzo łatwo nastąpić samoistne oderwanie się szypuły torbieli, wklinowanej do małej miednicy, któremu towarzyszy najczęściej śmiertelny krwotok. Krwotok taki bardzo trudno rozpoznać, co go stawia w rzędzie krwotoków najbardziej zagrażających życiu.

Wskutek przemieszczenia macicy i jej przydatków w pierwszych miesiącach ciąży, kiedy w jamie brzusznej dużo jest jeszcze miejsca, może nastąpić okręcenie się szypuły około jej własnej osi podłużnej, które, o ile jest całkowite, wywołuje niechybną zgorzel torbieli ze wszystkiemi jej następstwami.

Takie same okręcenie się szypuły może również nastąpić w połogu, jeżeli torbiel przetrwała całą ciążę, nie komplikując ostatniej. Niektórzy autorowie zwracają uwagę na to, że skłonność torbieli do okręcania się około swej szypuły wzrasta specyalnie w połogu, kiedy wewnątrzbrzuszne ciśnienie raptownie znacznie opada po wydaleniu płodu i po znacznem zmniejszeniu się macicy.

Wszystkie te przejawy patologiczne są tem groźniejsze, że z jednej strony powstają bardzo szybko, z drugiej zaś — nie dają typowych objawów klinicznych, co niezmiernie utrudnia rozpoznanie i ewentualne zastosowanie zabiegu chirurgicznego w odpowiedniej chwili.

Najgorsze niebezpieczeństwo grozi zawsze z tej strony, że torbiele jajnikowe posiadają silną skłonność do ropienia, które może być wywołane najróżnorodniejszymi czynnikami.

Stany zapalne jajników, powodowane rzerzączką lub gruźlicą, bardzo łatwo przenoszą się na torbiele jajnikowe, doprowadzając je w bardzo szybkim czasie do zupełnego zropienia. Jest to czynnik nader groźny, gdyż zapalenia tego rodzaju, pozostające utajonemi w czasie trwania ciąży, wybuchają ze zdwojoną siłą w połogu, czem da się wytłómaczyć częste ropienie torbieli jajnikowych właśnie w tym okresie.

Nie jest również niemożliwe przedostawanie się drobnoustrojów gnilnych z kiszek do torbieli, czego wyrazem bywa ich sposoczenie.

Rzadziej nieco dostają się do torbieli drobnoustroje drogą krwiobiegu, należy jednak pamiętać o tem, że każda choroba zakaźna, nawet sama przez się nieśmiertelna, może wywołać zropienie torbieli, jeżeli jej drobnoustroje dostaną się do płynu torbieli, który jest doskonałą pożywką dla wzrostu wszelkiego rodzaju drobnoustrojów. Za zropieniem torbieli zawsze może iść jej pęknięcie i rozlanie się ropy w jamie brzusznej, powodujące ropne zapalenie otrzewnej i zejście śmiertelne.

W piśmiennictwie lat ostatnich znalazłem przypadki zropienia torbieli jajnikowych w tyfusie brzusznym, a nawet w grypie, przypuszczam więc, że w wyżej opisanym przypadku ospa była powodem zamiany torbieli jajnikowej na ognisko ropne. Zdanie moje w danym przypadku w zupełności podzielił prof. Veit.

Najczęściej ropieją torbiele skórzaste, gdyż zawartość ich tłuszczowa wywiera działanie ropopobudzające na ścianę torbieli. Olshausen stara się wytłómaczyć, dlaczego właśnie torbiele skórzaste ulegają najczęściej zropieniu i nie przypisuje tego ich zawartości, lecz temu, że długo bardzo rozwijają się, przez co wystawione są na liczne i najrozmaitsze urazy, oraz, że wchodzą w bliższe połączenie z kiszkami za pomocą zrostów; oprócz tego — mają znaczną skłonność do okręcania się około swej szypuły.

Badania drobnowidzowe wykazują, jak nadzwyczajnie bogata i rozległa jest etyologia ropniaków, powstałych z torbieli jajnikowych. W różnych instytutach bakteryologicznych znaleziono w nich: lasecznika okrężnicy, paciorkowce, dwoinki Neissera, laseczniki gruźlicy Kocha, dwoinki zapalenia płuc Fraenkela, beztlenowe drobnoustroje chorobotwórcze, drobnoustroje wytwarzające gaz, kwasoodporne drobnoustroje niewiadomego pochodzenia, gronkowce, pasorzyty trupie wszelkiego rodzaju, oraz laseczniki tyfusowe Ebertha.

Nie mogę przemilczeć tutaj, że torbiel jajnikowa, która przeszła bez zmian patologicznych nadzwyczajnych przez całą ciążę i nie była przeszkodą dla porodu, znacznie większą może

budzić obawę w połogu, jak to już zaznaczyłem, i stać się dla kobiety przyczyną bardzo ciężkiej choroby, a nawet śmierci, gdyż warunki, w których powyższe zmiany mogą się odgrywać, w połogu znacznie wzrastają i nabierają siły.

Wiliams twierdzi zupełnie słusznie, że powikłania w torbielach jajników w połogu występują trzy razy częściej, niż w innych warunkach.

Torbiele jajnikowe mogą wreszcie stać się poważną przeszkodą w porodzie, co wynika stąd, że, posiadając długie szypuły, opuszczają się zwykle do małej miednicy, tamując drogę stojącej nad ujściem do małej miednicy części przodującej dziecka. Najczęściej opuszczają się te torbiele za macicę do jamy Douglasa. Z chwilą rozpoczęcia się porodu torbiel taka do tego stopnia zapełnia próżnię miednicy, że nietylko nie ma mowy o posuwaniu się, lub wstawieniu się części przodującej, ale o jakiemkolwiekbądź działaniu skurczy macicy na rozwieranie się szyi. Ostatnia podciągnięta jest zwykle do góry i leży najczęściej przyciśnięta do górnego wewnętrznego brzegu spojenia łonowego, jeżeli nie ponad niem, jak to było w przypadku wyżej opisanym.

(Rys. szematyczny № 1 uzmysławia położenie macicy i guza w przekroju strzałkowym w linii środkowej).

Skurcze macicy, które powodują rozciąganie się jej ścian na miejscu najmniejszego oporu, mogą doprowadzić do samoistnego pęknięcia macicy, jeżeli ten punkt sztucznie został przeniesiony z szyi macicznej unieruchomionej na tylny segment dolnego odcinka. Pęknięcia takie mogą nastąpić nagle, gdyż objawy grożącego pęknięcia będą w danym przypadku niedostrzegalne. Pierścień Bandla nie będzie podnosił się, gdyż dolny odcinek macicy jest unieruchomiony wraz z szyją maciczną. Oprócz tego silne kurczenie się macicy i silny napór części przodującej mogą spowodować pęknięcie guza z jego groźnemi następstwy.

Jeżeli weźmiemy pod uwagę wyżej powiedziane, to musimy zgodzić się na to, że rokowanie w ciąży obok guzów jajników jest zawsze wątpliwe zarówno dla matki, jak i dla dziecka; jak zobaczymy później — może ono jednak być zupełnie pomyślne, jeżeli za pomocą zabiegu chirurgicznego usunięty zo-

stanie guz, a wraz z nim możliwość wszelkiego rodzaju powikłań.

W kwestyi leczenia torbieli jajnikowych, wikłających ciążę i poród, zdania były długi czas podzielone, najbardziej zaś praktykowanym zabiegiem było stosowanie sztucznego poronienia z chwilą, kiedy rozpoznano torbiel jajnikową obok macicy ciężarnej. Że metoda ta nie wytrzymuje dzisiaj krytyki — wspominać nie trzeba.

Wiele przypadków leczono zachowawczo, przyczem śmiertelność matek, jak podaje Winckel, wynosiła 39,2%, a dzieci 67%. Tarnowski podaje nieco niższą liczbę, bo tylo 31%.

Gdy z biegiem czasu zachwiano teoryę „ciała żółtego“, które uważano za twór nierozerwalnie z ciążą związany, poczęto wykonywać owariotomię w przypadkach, w których ciąża była powikłana torbielami jajnikowemi i przekonano się, że śmiertelność zarówno matek, jak i dzieci znacznie zmniejszyła się.

Dsirne określa śmiertelność matek po owariotomi w ciąży na 5,9%, Wähmer — na 5,45%, Vinay — na 4,09%, Orglers—na 2,7%, a Graefe, który w roku 1902 zebrał materyał statystyczny z lat 10, wykazuje śmiertelność matek liczbą 2,3%.

Jak widzimy z powyższych liczb — owariotomia w ciąży wcale nie jest zabiegiem mniej niebezpiecznym, niż takaż operacya w warunkach prawidłowych.

Śmiertelność dzieci waha się między 16 — 22% — liczba, która w porównaniu z 67% śmiertertelności po leczeniu zachowawczem jest również przemawiająca na korzyść zabiegu operacyjnego.

Dzięki powodzeniu, z jakiem owariotomia daje się w ciąży wykonywać, zamieniono dawne metedy leczenia torbieli jajnikowych w ciąży zabiegiem operacyjnym.

Bardzo zajmującą statystykę owariotomii w ciąży podaje Flattau, sporządzoną na 277 tego rodzaju operacyach. Poronień — na 277 przypadków było 42 t. j. 15,1%. Statystyka Flattaua jest zajmująca z tego względu, iż wskazuje, że owariotomia, wykonywana w pierwszych miesiącach ciąży, daje lepsze rokowanie quo ad vitam matki i dziecka, niż takiż zabieg, wykonany w późniejszych miesiącach.

Miesiąc ciąży	Liczba dokonanych owariotomii	Liczba przypadków, w których nastąpiło przerwanie ciąży, wyrażone:	
		w liczbach	w %
I	1	0	0
II	32	4	12,8
III	43	8	18,6
IV	44	8	18,1
V	30	10	33,3
VI	19	3	15,6
VII	13	3	23
VIII	5	0	0
IX	2	0	0

Z tych 277 przypadków zanotowano 6 zejść śmiertelnych po operacyi t. j. 2,1%.

Zupełnie inaczej mają się rzeczy w tych przypadkach, w których torbiel jajnikowa nierozpoznana przetrwała do chwili rozpoczęcia się porodu, nie sprawiając pacyentce znaczniejszych dolegliwości, jak to widzieliśmy w przypadku wyżej opisanym.

Poród rozpoczyna się, bóle następują jeden po drugim, a torbiel, umiejscowiona w małej miednicy, nietylko staje się poważną przeszkodą dla posuwania się dziecka poprzez kanał rodny, lecz nieraz jeszcze grozi pęknięciem z jego następstwami.

W różnych czasach podawano rozmaite metody usuwania przeszkody, opierające się głównie na dwóch zasadach zupełnie odmiennych, a więc albo na rozwiązaniu kobiety przez przeprowadzenie dziecka obok guza, albo na usunięciu go przed rozwiązaniem.

W pierwszym przypadku posługiwano się wyprowadzaniem guza z małej do dużej miednicy przy pomocy manipulacyi przez pochwę i kiszkę stolcową, poczem utrzymywano go tak długo ręką, póki część przodująca nie osunęła się do ma-

łej miednicy. W innych razach, gdy guza nie dało się odprowadzić, nakłuwano go po przez tylną ścianę pochwy i jamę Douglasa i wypuszczano z niego płyn, co zmniejszało znacznie objętość torbieli i umożliwiało opuszczenie się części przodującej do małej miednicy.

Obie te metody, jakkolwiek na pozór niewinne, powinny być stanowczo zarzucone w tych przypadkach, w których ściany guza są zbyt cienkie, wskutek czego wyprowadzany z małej miednicy guz może uledz rozerwaniu, oraz w tych przypadkach, w których jest najmniejsze podejrzenie na obecność ropy w guzie. Ropa może nawet obok igły dostać się do jamy brzusznej i spowodować ostre zapalenie otrzewnej, lub przeniknąć do pochwy, czego dalszym skutkiem może być ciężka gorączka połogowa.

Metody te są oparte na zupełnie błędnych zasadach terapeutycznych, chociażby dlatego, że — jak w jednym tak i w drugim przypadku — owariotomia jest niezbędna ze względu na to, że po wyprowadzeniu guza do dużej miednicy daje mu się większą swobodę do ruchów biernych, a z tem możność okręcenia się około własnej szypuły. To może stanowić w połogu, jak już wyżej wspomniałem, bardzo poważne powikłanie. Po nakłuciu torbieli należy również niezwłocznie usunąć chory jajnik nawet w tym przypadku, w którym torbiel ropy nie zawierała, bo obawa zropienia wtórnego ścian torbieli jest przez pozostawienie ich w jamie brzusznej stanowczo zaduża.

Pozostaje więc drugi sposób—owariotomia sub partu. Zabieg ten, jakkolwiek niedawno wprowadzony do chirurgii akuszeryjnej, ma już rozległą historyę ze względu na to, że metody jego wykonywania wiążą się z jednej strony z chirurgią brzuszną, jeżeli guz usuwa się przez cięcie brzucha, z drugiej — z ginekologią operacyjną, jeżeli usuwa się go przez pochwę.

Którąż więc drogę obrać należy dla usunięcia torbieli jajnikowej podczas porodu — brzuszną, czy pochwową?

Jest to pytanie, na które jednem zdaniem odpowiedzieć nie można. Każdy operator inaczej zapatruje się na tę sprawę, każdy widzi w metodzie, przez siebie stosowanej, dobre strony.

W owariotomii od strony brzusznej znajdujemy w danym

przypadku trudności ze strony macicy, która uniedostępnia nieraz operowanie w małej miednicy. Złemu można zaradzić za pomocą cięcia cesarskiego. I to jest jedynem powikłaniem. Przy dzisiejszej metodzie cięć cesarskich, które ze względu na małe niebezpieczeństwo nieraz wykonywa się ze wskazań względnych, komplikacya ta nie jest znaczna, a — zdaniem mojem — zupełnie nie budząca obawy w tych przypadkach, w których wody płodowe jeszcze stoją i nie należy obawiać się zakażenia pola operacyjnego wodami płodowemi. Nawet w przypadkach, w których dostanie się do torbieli bez cesarskiego cięcia jest możliwe, rozwiązanie kobiety drogą brzuszną błędem nie jest. Samo otwarcie macicy nie jest tak ciężkim zabiegiem żeby po laparotomii pozostawić dziecko w macicy już kurczącej się i wystawić świeżo zeszyte powłoki brzuszne na ciężką akcyę porodową drugiego okresu porodu. Poród po cięciu brzucha przeciąga się bardzo długo chociażby dzięki działaniu narkotyków, użytych do operacyi, a gdy przychodzi okres wydalania płodu i w grę zaczyna wchodzić tłocznia brzuszna, trzeba nieraz uciekać się do kleszczy lnb obrotu, co w warunkach pooperacyjnych nie jest wcale niewinnym zabiegiem.

Sandberg, Herbert Spencer, Spath, Semon i inni opisują przypadki owariotomii sub partu bez cesarskiego cięcia, po której kończono poród kleszczami, przypadki te jednak, zdaniem mojem, nie są w stanie zachęcić do stosowania tej metody, tembardziej, że rozwiązanie za pomocą cięcia cesarskiego nie budzi dzisiaj żadnych obaw ani dla matki, ani dla dziecka.

Metodę wykonywania owariotomii przez laparotomię bez cięcia cesarskiego należy pozostawić dla tych przypadków w których otwarcie macicy może budzić obawy zakażenia wtórnego jamy otrzewnej przez zakażone wody płodowe.

Kwestyi nie ulega, że tylko cięcie sesarskie klasyczne może być tutaj uwzględnione, jako najłatwiejsze i najprostsze w wykonaniu.

Co się tyczy metody owariotomii przez pochwę podczas porodu, to, sądząc z przypadków kazuistycznych, ogłoszonych drukiem, nie jest ona dobra, pomimo, że w warunkach prawidłowych posiada o wiele więcej stron dobrych, niż cięcie brzucha.

Trzeba liczyć się z tem, że wykonywa się operacyę w warunkach, które chociażby ze względów anatomicznych daleko odbiegają od normy. Obrawszy drogę pochwową, rzadko kiedy można wyjąć guz in toto i t. zw. morcellement guza jest nieraz nieuniknione. Trzeba również pamiętać o tem, że płód po usunięciu guza pcha się formalnie do małej miednicy, uniemożliwiając nieraz nawet podwiązanie zaciśniętych w klampach kikutów szypuły. W warunkach takich technika jest nad wyraz trudna i pociąga za sobą cały szereg nieuniknionych błędów, które mogą stać się bardzo groźnymi w następstwach.

Zwrócę jeszcze uwagę na to, że poród per vias naturales po dokonanej owariotomii przez pochwę jest dosyć niebezpiecznym aktem; trudno nieraz zawyrokować, czy torbiel nie jest napełniona ropą, która, dostawszy się do pochwy i do wnętrza macicy, może wywołać najcięższe — śmiertelne nieraz zachorzenia septyczne.

W niektórych przypadkach, w których torbiel nie jest duża i zawartość ropy w niej jest wyłączona, można owariotomię wykonać przez pochwę. W tych przypadkach jednak należy zwracać baczną uwagę, by podwiązki, nałożone na kikut torbieli, mocno trzymały i nie zsuwały się. Można temu zapobiedz, unikając masowych podwiązań, jak również podwiązywań wolną nitką. Zsuwania się nici należy obawiać się chociażby z tego względu, że najmniejsze tworzenie się wysięków krwawych w połogu może spowodować nieodżałowane komplikacye.

Ideałem chirurgicznego leczenia torbieli jajnikowych, wikłających ciążę, byłoby bezwarunkowo usuwanie takowych możliwie wcześnie, by nie komplikowały one porodu.

W tym celu należy bardzo uważnie badać kobiety ciężarne, poddające się kontroli lekarskiej, a nawet szeroko uświadamiać akuszerki o niebezpieczeństwie, jakie mogą powodować torbiele, znajdujące się obok macicy ciężarnej. W razie najmniejszego podejrzenia na torbiel jajnikową podczas ciąży nieraz dobrze będzie uciec się do zbadania kobiety w uśpieniu chloroformowem, w którem znacznie łatwiej jest otrzymać bardziej jasny obraz badania. Należy pamiętać, że owariotomia, im wcze-

śniej wykonana, tem lepsze daje wyniki zarówno co do stanu zdrowia matki, jak i co do utrzymania ciąży.

W danym przypadku, jak i w innych, wczesne rozpoznanie znaczy więcej, niż jakiekolwiek bądź stosowane środki lecznicze, a tylko doszczętny zabieg może rozstrzygać o zdrowiu matki i dziecka.

Co się tyczy klinicznego obrazu torbieli jajnikowych, to pamiętać należy o tem, że mogą one rozwijać się zupełnie bez objawów subjektywnych, szczególniej w tych przypadkach, w których jednocześnie z torbielą rozwija się ciąża. Jedyne subjektywne objawy dużej torbieli — odczuwanie pełności w jamie brzusznej oraz ból w krzyżu, ciągnący się do przodu i w górę do łopatek, jest zwykle brany na karb rozwijającej się ciąży.

Należy więc główny nacisk kłaść na objawy objektywne, które wykryć można tylko drogą starannego badania.

Reasumując wyżej powiedziane — mogę wyprowadzić następujące wnioski:

1. Ideałem leczenia torbieli jajnikowych, wikłających ciążę, w celu zapobieżenia powikłań podczas porodu, jest owariotomia zapobiegawcza w ciąży, a nie sztuczne poronienie. Wczesne rozpoznanie jest tutaj jednym z momentów najważniejszych, gdyż im wcześniej operuje się, tem lepsze jest rokowanie.

2. O wyborze metody brzusznej lub pochwowej powinno stanowić wyrobienie techniczne operatora; dobry wynik operacyi zależy jak w jednym, tak i w drugim przypadku od techniki, nad którą operator powinien w zupełności panować.

3. W przypadkach, w których torbiel jajnikowa wikła poród — należy:

a) zupełnie zarzucić wszelkiego rodzaju odprowadzanie oraz nakłuwanie guza, jako metody niepowetowane w skutkach;

b) zawsze zwracać się do zabiegu chirurgicznego.

4. Owariotomię sub partu należy wykonywać per laparotomiam, ze względów wyżej przytoczonych, kombinując ją z cesarskiem cięciem klasycznem w przypadkach, w których ostatni zabieg nie budzi obaw na zakażenie wtórne wodami płodowemi.

W przypadkach, w których jest najmniejsze podejrzenie

na możliwość zakażenia, należy, po dokonanej owariotomii, wyczekać odpowiedniej chwili, aby zakończyć poród kleszczami, lub przez obrót. Wyłączy to działanie tłoczni brzusznej, które może bardzo łatwo być powodem przepukliny pooperacyjnej.

PIŚMIENNICTWO.

Bachmann. Ueber einen Fall von konservativ. Kaiserschnitt vor dem Geburtseintritt wegen eines im Becken festgewachsenen Ovarialdermoids sammt Extirpation desselben. Zentralbl. f. Gynäkol. № 33, 1902.

Barth. Dermoid als absolutes Geburtshinderniss. Zentralbl. f. Gynäkol. № 40, 1903.

Bender X. Sur un cas de kyste de l'ovaire praevia traité avec succès par la ponction vaginale. Révue de gynécol. № 2, 1912.

Bircher. Ovarialsarkom während der Gravidität. Zentralbl. f. Gynaek. № 31, 1907.

Bland Sutton. Pregnancy and labour complicated with ovarian tumours. The Lancet Febr. 9, 1901.

Bondy O. Ovarialtumor als Geburtshinderniss. Monatsschrift f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 36, 1912.

van der Briele. Sectio caesarea und Ovariotomie wegen eingekeilten Ovarialtumors. Zentralbl. f. Gynaek. № 5, 1903.

Condamine R. Kystes dermoides bilatéraux des ovaires et grossesse. Lyon médical. № 7, 1904.

Condamine R. w Lyon médical. Czerwiec 1902.

Coudert E. Les grossesses compliquées de tumeurs solides de l'ovaire. Paris, 1904.

Couvelaire. Ablasion par voie abdominale des tumeurs ovariennes pelviennes à la fin de la grossesse et pendant le travail, sans section césarienne préalable. Societé d'obstetrique et de gynec. de Paris. 8 Janvier, 1912.

Crivitz. Geburtshinderniss durch Ovarialtumoren. Inaug. Dissertation. Berlin, 1902,

Dauber John. The ovarian ligament and its relation to pregnancy occuring after ablation of the ovaries. The Lancet. Jan. 1905.

Democh. Vaginale Ovariotomie in Graviditate. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaek. XXVI, 1907.

Doran. Ovariantumours and pregnancy. The Lancet. Febr, 1902.

Dührssen A. Zur Behandlung der die Schwangerschaft und Geburt kom-

plizierenden Tumoren, speziell der cystischen Ovarialtumoren. Deutsche med. Wochenschr. 1904.
Edgar. Tumoren als Geburtshinderniss. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaek. XVIII, 1903.
Ehrendorfer. Kaiserschnitt wegen Dermoidcyste. Wiener klin. Wochenschr. № 40, 1902.
Essen-Möller. Doppelseitige Ovariotomie im Beginn der Schwangerschaft.- Ausgestosenes Kind. Zentralbl. f. Gynaek. 28, 1904.
Favell. Caesarean section for labour obstructed by an ovarian dermoid. Journ. of obst. and gyn. Jan. 1903.
Fehling. w Deutsche Aerztezeitung. 1900, pag. 500.
Fehling. w Münchener med. Woch. № 9, 1904.
Fellner O. Tumoren u. Schwangerschaft. Gynäkol. Rundschau. Jahrg. I, 1907.
Flatau. Ueber Ovariotomie während der Schwangersch. Archiv. f. Gynäkol. LXXXII, 1907.
Flaischlen. Ovariotomie in d. Gravidität. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. LVIII, 1906.
v. Franqué. Genitaltumoren während d. Schwangerschaft und ihre Behandlung. Prager med. Wochenschr. № 40, 1906.
Füth. Ovariotomie in der Geburt nach sectio caesarea. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn. 1903.
Geisthövel F. Ein Fall von vaginaler Ovariotomie intra partum. Mon. für Geb. u. Gyn. XXII, 1905.
Graefe. Zur Ovariotomie in d. Schwangerschaft. Zeitschr. für Geburtsh. u. Gyn. LVI, 1906.
Gross. Komplikation d. Schwangerschaft mit entzündlich-eitriger Adnexerkrankung. Prager med. Woch. № 20, 1906.
Guinard et Chauve. Dystocie par kyste de l'ovaire inclus dans le petit bassin. Annales de gynéc. Avril-Juin, 1903.
Haultain. Expulsion of dermoid ovarian cyste per vaginam during labour. Journ. of obstetr. and gyn. of Bit. Emp. 1902.
Hesselbach. Ovarialcyste als Geburtshinderniss. Deutsche med. Woch. № 15, 1900.
Jordan. Dermoid cyst of the left ovary which caused obstruction to delivery. The brit. gyn. journal. № 69, 1902.
Kerr M. Dermoid cyst of ovary obstructing labour; displacement of the tumour from the true pelvis and extraction of the child with forceps. Removal of tumor five weeks later; recovery. Tr. of obst. soc. of London. XLIII, 1901.
Konrad. Kaiserschnitt wegen einer Dermoidcyste. Orvosi hetilap. № 34, 1902.
Kośmiński. Wypadek obustronnej owariotomii w ciąży. Przegląd lekarski, № 41, 1905.
Krompecher. Studien über Fibroblasten und Makrophagen. Beitr. zur pathol. Anat. und allg. Pathol. 56, 1913.
Macgnaughton Jones. Ovarian cystoma complicating pregnancy. Transact. of the obst. soc. of London. XLII, 1900.

Martin. Die Krankheiten d. Ovarien. Winkel's Handbuch d. Geburtshilfe.
Muretin. Rupture d'une kyste de l'ovaire pendant la grossesse. Annales de gynéc. IV, 1907.
Myer. Two cases of dystocia due to ovarian cysts. The journ. amer. of obstetr. LV, 1907.
Nibergall. Ueber vaginale ovariotomie während der Geburt. Zentralbl. f. Gynaek. № 21, 1901.
Niczirowenko. K kazuistikie operacij pri nowoobrazowanijach małago taza, osłożniajuszczich rody. Wracz. № 15, 1899.
Pfannenstiel. Zystische Geschwulstbildungen nutritiver Art. Veit's Handbuch d. Gynäkol. II Aufl.
Petersen. Ein Fall von vaginaler Ovariotomie während der Geburt. Monatschr f. Geburtsh. u. Gyn. XXl, 1905.
Pinkus u. Pick. Zur Structur und Genese der symptomatischen Xantome. Deutsche med. Wochenschr. 1908.
Puech. Kyste dermoide de l'ovaire compliquant l'accouchement. Gazette des hôpitaux. Dec. 1901.
Retzlaff O. Zur ovariotomie in der Schwangerschaft, während der Geburt und im Wochenbett. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. XXV, 1906.
Riemann. Fünf Fälle von Geburtsstörungen durch Tumoren. Archiv f. Gynäkol. LXXXIII, 1907.
Rüder. Partus bei Ovarialkystom, das fest im Becken eingekeilt war. Zentralbl. f. Gynaekol. 1912.
Sandberg. w Revue médicale. 1889.
Schaty. Ovarialcysten als Geburtshinderniss. Rostocker-Aerzteverein. 9 Februar, 1901.
Semon. Ueber komplikation der Geburt mit Ovarial Tumoren. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaek. XVI, 1902.
Späth. w Medizin. Korrespondenzblatt. Lipiec, 1898.
Spencer Herbert. w Lond. obst. trans. T. 40.
Taylor. Ovarian tumour obstructing delivery; posterior vaginal section and ovariotomy during labour; operation and delivery at one sitting; recovery. Trans. of the obst. soc. of London. XLIV, 1902.
Thompson. Dermoidcyst. of the ovary complicating labour. The amer. journ. of the obstetr. 51, 1905.
Toth. Spontane Geburt. kompl. mit Dermoid. Gyn. Sekt. d. K. ungar. Ärztevereins. Budapest, 10 Dez. 1901.
Walker. Ruptur einer Dermoidcyste während der Geburt. Brit med. journ. 7 Dec. 1912.
Weddy-Poenicke. Ovariotomie und Myotomie in der Gravidität. Inaug. Dissert. Halle. 1907.
Wirtz. Ueber Komplikation von Schwangerschaft mit Ovarialtumor. Monatschr. f. Geburtsh. u Gyn. 15, 1902.
Wertheim. w Winkel's Handbuch d. Geburtsh.
Zickel. Ovarialcarcinom u. Graviditaet. Zentralbl. f. Gynaekol. № 31, 1907

Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniwersytetu lwowskiego
(Dyrektor Prof. Dr. A. Mars).

Drgawki porodowe na podstawie materyału kliniki położniczej lwowskiej

podał

WŁADYSŁAW JAKOWICKI

asystent kliniki.

Rzucawka porodowa należy do szeregu stanów chorobowych o bliżej nieznanej dotychczas patogenezie. Zgodnie ze zdaniem większości autorów — uważać ją należy za wyraz zatrucia ustroju matki przez produkty wadliwej bądź nawet fizyologicznej przemiany materyi płodu.

Różny stopień i jakość tego zatrucia, różnice indywidualne ustroju składają się na to, że przypadki rzucawki porodowej przebiegają pod tak różną postacią kliniczną, że często tylko długa obserwacya lub stół sekcyjny ustala rozpoznanie.

Przypadki atypowe tego cierpienia nie należą do rzadkości — każdy większy materyał położniczy wykazuje dość znaczną ich odsetkę w stosunku do typowych przypadków rzucawki.

Pomijając przypadki poronne, gdzie zaledwie podejrzenie co do rzucawki istnieć mogło, w materyale kliniki lwowskiej za przeciąg 15 lat jej istnienia na ogólną liczbę 11,394 przypadków położniczych, a 8842 porody, zalazłem 65 przypadków eklampsyi, a wśród nich kilka, które z różnych względów zasługują na bliższe rozpatrzenie.

Poniżej przytaczam krótkie wyciągi z historyi chorób 3 przypadków. Znajdujemy w nich pewne wspólne cechy, które pozwalają na wyodrębnienie ich w osobną grupę.

We wszystkich tych przypadkach mamy wieloródki, które poprzednie porody prawidłowo przebyły; u żadnej z nich nie daje się stwierdzić zmian w nerwach, wszystkie wreszcie, wcześniej lub później, wykazują wybitne zaburzenia w sferze psychicznej.

Przypadek I.

G. S. L. pr. 497 z 1911 r. Czwarty raz rodząca przywieziona po czwartym napadzie drgawek — nieprzytomna. W moczu białka ślad, bardzo nieliczne wałeczki szkliste. Rozpoznanie: Początek porodu przedwczesnego w 8 m. ks. ciąży. Miednica krzywicza płaska. W ciągu 3 godzin mimo morfiny trzy dalsze napady drgawek. Obrót Braxtona-Hiensa z następowem wydobyciem płodu. Płód żywy 1800 gr. Drgawki ustały. Połóg od 3—6 dnia gorączkowy—ciepłota do 39^0 — obrzęk gruczołów przyusznych i ostry nieżyt krtani.

W 5 miesięcy potem chora zgłosiła się do ambulatoryum — podczas badania napad padaczkowy. W kilka tygodni dowiedziałem się od męża, że chorą umieszczono w zakładzie dla umysłowo chorych.

Przypadek II.

H. G. L. pr. 453 z 1911 r. Piąty raz rodząca przywieziona po dziewiątym napadzie nieprzytomna. Od dzieciństwa napady padaczkowe rzadko występujące. W domu wstrzyknięto chorej morfinę. W moczu składników patologicznych brak. Rozpoznanie: Ciężarna w końcu 4 m. ks. Zwichnięcie szczęki dolnej w obu stawach żuchwowych. W ciągu 5 godzin mimo ponownej dawki morfiny 3 napady dalsze drgawek. Cięcie cesarskie pochwowe. W kilkanaście godzin ponowny napad. W 38 godzin po rozwiązaniu napady szału, które powtarzają się mimo środków nasennych kilkakrotnie — przeniesiona na oddział nerwowy, po 2 tygodniach pobytu opuszczcza go zdrowa.

W 2 lata potem zgłosiła się jako ciężarna w końcu 10 m. ks. przez 9 dni przed porodem — napadów nie stwierdzono. Poród siłami natury — w 32 godzin po porodzie napad padaczki, który się więcej nie powtórzył.

Przypadek III.

N. A. L. p. 421 z 1906 r. Szósty raz rodząca przywieziona po 4 napadach drgawek nawpół przytomna. Mocz bez zmian. Początek porodu na czasie. W ciągu 8 godzin 5 napadów drgawek. Pierwsze dwa napady charakteryzują się drganiem mięśni twarzy i ręki prawej, 3-ci całej prawej połowy tułowia, 4-ty i 5-ty obejmują mięśnie całego tułowia — i przedstawiają

typowy obraz napadu rzucawkowego. Rozszerzadło Bossiego do 8,5 cm. kleszcze. Płód żywy 3100 gr. W następnych 36 godzinach 15 silnych napadów drgawek rzucawkowych mimo narkotyków. W 3 dniu połogu objawy podniecenia szałowego — przeniesiona na oddział nerwowy. Połóg bezgorączkowy.

W pierwszych dwóch przypadkach stwierdzono klinicznie epilepsyę, w trzecim — z wielkiem prawdopodobieństwem przyjąć ją możemy na podstawie charakteru drgawek, ograniczonych w początkowych napadach do jednej połowy ciała, i braku charakterystycznych dla typowej rzucawki zmian w nerkach.

Fakt, że we wszystkich przypadkach ciąża była momentem, wywołującym przedłużony stan padaczkowy, nie zdaje się ulegać wątpliwości. (Nad etyologią następowych psychoz, jako mających tylko wtórorzędne znaczenie dla omawianej sprawy, bliżej się tu nie zastanawiamy).

Z drugiej strony stwierdzenie padaczki i brak zmian w nerkach nie wyłącza eklampsyi. Prace Charpentiera [1]), Wiedemanna [2]), przypadki, ogłoszone przez Rosenthala, Rybickiego, Wigurę i innych dowodnie stwierdzają, że i przy zdrowych nerkach rzucawka rozwinąć się może, charakteryzuje się ona jednak w tych przypadkach zwykle łagodniejszym przebiegiem.

To też przyjąć musimy, że mieliśmy w naszych przypadkach do' czynienia z zatruciem ciążowem słabego stopnia, które u osobników, obarczonych padaczką, zdołało wywołać ciężkie zaburzenia w sferze psychonerwowej, które dzięki wzmożonej wrażliwości ustroju wcześnie zostało sygnalizowane przez drgawki. Nie zawsze jednak mamy tak bijący w oczy objaw kliniczny, który nam rozpoznanie ułatwia, często bardzo, a co gorsza — w przypadkach bardzo ciężkiego zatrucia, pozbawieni jesteśmy jakichkolwiek wskazówek co do toczącej się w ustroju sprawy.

Do grupy tej dadzą się odnieść dwa przypadki, spostrzegane w klinice: w jednym dopiero sekcya mogła stwierdzić właściwe rozpoznawanie, co do drugiego nawet w obrazie anatomopatologicznym nie znaleźliśmy całkowitego wyjaśnienia.

---

[1]) Charpentier. Eklampsie sans albuminurie. Traité pratique des acouchements. T. I. Cyt. podł. Wiedemanna.

[2]) Über Eklampsie bei gesunden Nieren. Inaug. Diss. Bonn, 1902.

Przypadek IV [1]).

R. A. L. pr. 304 z 1912 r. Czwarty raz w ciąży. Plami od kilku dni. Rozpoznanie: Łożysko przodujące przybrzeżnie ułożone u ciężarnej wieloródki w końcu 10 m. ks. Plamienie zaledwo zaznaczone.

Przez 4 dni obserwacyi klinicznej krwawienia nie było.

12 stycznia o g. 7-ej wieczorem początek bólów porodowych. Ciepłota 36,8, plamienie nieznaczne.

O g. 9-ej zaczyna krwawić—szyja drożna dla 2 palców—przebito pęcherz—główka ustala się—pochwę gazą kseroformową wytamponowano. Tętno płodu i matki dobre. Rodząca spokojna.

O g. 1-ej w nocy dyżurująca akuszerka stwierdziła nagły niepokój i drgawki. Chora po tym napadzie sina, źrenice szerokie, na światło nie oddziaływują—tętno b. szybkie słabo napięte. Olej kamforowy, kofeina.

Macica w skurczu—wyjęta z pochwy gaza zaledwo krwią powalana—ujście zewnętrzne rozwarte na 4 palce, główka ustalona.

Nałożono kleszcze i urodzono płód nieżywy. Natychmiast mimo braku krwotoku wyjęto ręcznie łożysko.

W 3′—5′ po rozwiązaniu wystąpił nagły rozkurcz macicy i silny krwotok (krew płynna, ciemna). Macicę i pochwę gazą wytamponowano. Podczas tego zabiegu następuje śmierć.

Mocz w tym przypadku niestety badany nie był.

Rozpoznanie kliniczne: Eclampsia sub partu? Adynamia cordis.

Rozpoznanie anatomopatologiczne (Doc. Dr. Hornowski): Anaemia universalis majoris gradus. Uterus non involutus. Tamponada uteri. Hypoplasia glandularum suprarenalium (istota rdzenna zaledwo zaznaczona). Oedema pulmonum. Pleuritis adhaesiva dextra. Tumor lienis acutus.

Drobnowidzowo: w istocie rdzennej nadnerczy liczne wybroczyny.

Przypadek V.

R. H. L. pr. 967 z 1913 r. Pierwiastka. od 6 tygodni bóle w boku lewym. Ciepłota 39^0. Tętno 132. Oddechy nasilone około 40 na minutę. Wybitna kyphoscoliosis lewostronna. Płuca i serce bez zmian. Mocz odprowadzony cewnikiem bez białka, chlorki nieco lżejsze, w osadzie nieznaczna liczba ciałek wypocinowych.

Pierwiastka — początek porodu.

Wśród ciągle wzmagającej się duszności i użalania się na bóle w obu podżebrzach poród siłami natury dziecka żywego 3000 gr.

Mimo stosowania środków podniecających stan coraz pogarsza się: sinica, duszność, tętno zaledwo badalne. W 25 godzin po porodzie śmierć.

---

[1]) Ze stanowiska anat. patog. przedstawiony na posiedz. Tow. lek. lwowskiego z d. 8 marca 1912 r. przez Doc. Dr. Hornowskiego.

Krew badana bakteryologicznie — jałowa.

Rozpoznanie kliniczne: Puerpera post partum. Kyphoscoliosis majoris gradus. Status febrilis. Adynamia cordis

Sekcya wykazała (Doc. Dr Hornowski): Pyonephrosis sin. Abscessus perinephralis. Kyphoscoliosis dorsalis permagna. Pleuritis adhaesiva dextra. Oedema pulmonum. Bronchitis chronica. Degeneratio parenchymatosa organorum majoris gradus. Infarcti eclamptici hepatis. Uterus non involutus. Status post partum. Corpus luteum verum.

Moczowód lewy uciśnięty przez ropień okołonerkowy — w pęcherzu ropy nie stwierdzono.

Zarówno w jednym, jak i drugim przypadku przyczyny zejścia śmiertelnego, zdaniem naszem, należy szukać w zatruciu ciążowem. O ile jednak w przypadku V obraz anatomopatologiczny i opisane już w piśmiennictwie przypadki eklampsyi bez drgawek, mimo obrazu klinicznego raczej za stanem septycznym przemawiającego, pozwalają ten przypadek za rzucawkę porodową przyjąć, o tyle wytłómaczenie przypadku IV na poważne napotyka trudności.

Uwzględniając okoliczność, że krwotok właściwy powstał dopiero w agonii, pozostaje nam z obrazu anatomopatologicznego jedynie zanik nadnerczy i ostry obrzęk śledziony — jako odbicie spraw za życia w ustroju przebytych.

Czy przyjmiemy hypofunkcyę układu chromafinowego nadnerczy za przyczynę w tym przypadku zejścia śmiertelnego, jak chce Hornowski [1]), czy też zgodnie z doświadczeniami Czubalskiego [2]) będziemy uważali co prawdopodobniejsze wyczerpanie układu chromochłonnego za wyraz duszenia się ustroju przed śmiercią — zawsze pozostanie otwarte pytanie, gdzie była pierwotna przyczyna, która do tego stanu doprowadziła.

Cały przebieg kliniczny przemawia na korzyść tego, że ciąża, względnie — poród, kryją tę pierwotną przyczynę. Tłómaczenie zejścia śmiertelnego w tym przypadku wstrząsem anafilaktycznym zdaje się mieć wiele za sobą prawdopodobieństwa. Czynnikiem, ułatwiającym przedostanie się do ustroju matki rodzajowo różnego białka płodu, mogło być nizkie usadowie-

---

[1]) Patrz Lwowski Tyg. lek. 1912, №№ 13 i 14 i dyskusya tamże.

[2]) Wpływ duszenia na zawartość adrenaliny we krwi. Gaz. lek. № 2, 1914 r.

nie łożyska i częściowo jego odklejanie podczas porodu — rozwarte szeroko naczynia wskutek złej kurczliwości szyi — stanowiły bramę wnijścia.

Zanim podobny obraz anatomopatologiczny nie będzie stwierdzony w typowej klinicznie rzucawce porodowej, nie możemy naszego przypadku zaliczyć bez zastrzeżeń do rzucawki— należy on jednak, zdaniem naszem, do tej samej grupy stanów patologicznych, wywołanych zatruciem ciążowem, względnie skazą ciążową.

Kończąc opis przypadków najwięcej różniących się przebiegiem od zwykle spostrzeganych postaci klinicznych rzucawki, musimy powiedzieć, że materyał naszej kliniki nie wiele odbiega pod względem zestawień procentowych od materyału innych zakładów.

A więc:

1 przypadek drgawek porodowych przypada na 136 porodów, a na 175 przypadków położniczych wogóle.

Przeważają w nim pierwiastki.

Pierwiastek	41 — 64,1%	zmarło	5 —	12,2%
Wieloródek	23 — 35,9%	„	6 —	26,8%

Wśród wieloródek 3 odbyły ostatni poród przed 9—10 laty.

Ciążę bliźniaczą na 65 przypadków eklampsyi spostrzegano 8 razy, trojaczą — 2 razy.

Rzucawka nastąpiła:

podczas ciąży	11 razy	— 17,2%	zmarło	2 —	18,2%
„ porodu	37 „	— 57,8%	„	8 —	21,6%
„ połogu	16 „	— 25,0%	„	1 —	6,2%

Co do jednej przywiezionej jako położnica brak dat.

Na ogólną liczbę 65 zmarło 11 — 16,9%.

Największa liczba spostrzeganych napadów wynosi 61.

Największa liczba napadów z pomyślnem zejściem 52.

Najpóźniej w połogu drgawki wystąpiły w 11 dniu raz, w 14 dniu raz.

Wiek chorych:

do 20 roku życia	pierwiastek	6,	wieloródek	—
20—25 „ „	„	22	„	3
25—30 „ „	„	10	„	3

30—35 roku życia	pierwiastek	2,	wieloródek	7
35—40 „	„	1	„	9
ponad 40 rok „	„	—	„	1

Brak dat co do jednej.

Wpływu pór roku na występowanie rzucawki porodowej na naszym materyale zauważyć nie można. Największa liczba (12) przypada na kwiecień.

Po raz drugi u tej samej chorej z rzucawką porodową eklampsya wystąpiła raz — przebieg łagodny.

Zgodnie ze statystyką Büttnera wynosi to 1,5%.

O uzasadnionem leczeniu rzucawki porodowej będzie można myśleć dopiero z chwilą dokładnego poznania jej patogenezy. Dziś—opiera się ona całkowicie na spostrzeżeniu, że usunięcie ciąży wpływa korzystnie na przebieg cierpienia. Większość autorów, bez względu na zapatrywania swe na istotę cierpienia, jest za możliwie szybkiem usunięciem ciąży, względnie — przyspieszeniem porodu w razie stwierdzenia drgawek porodowych. Różnica w postępowaniu leży w tem, że gdy jedni wszelkich starań i zabiegów dokładadają, by doprowadzić do rozwiązania na drodze naturalnej lub najwięcej do niej zbliżonej, inni są za możliwie szybkiem rozwiązaniem bez względu na stan dróg porodowych.

Unikając szablonu i możliwie indywidualizując postępowanie w miarę warunków, w jakich dana osoba zgłosiła się, klinika nasza zasadniczo stoi na stanowisku, że w przypadkach średniociężkiej i ciężkiej rzucawki należy możliwie szybko macicę opróżnic.

Stan dróg porodowych odgrywa tylko rolę w wyborze metody operacyjnej.

Wszelkie środki i zabiegi lecznicze, stosowane przeciwko rzucawce, oparte na mniej lub więcej kruchych podstawach teoretycznych, mają do dziś zaledwo znaczenie symptomatyczne i pomocnicze — stosowanie ich przed rozwiązaniem nie powinno wpływać na opóźnienie tegoż.

Że postępowanie to daje lepsze wyniki, niż metoda wyczekująca — można stwierdzić i na naszym materyale. Poniżej zestawiam w tablicę przypadki, w których drgawki wystąpiły przed lub podczas porodu.

Na ogólną liczbę 48 tych przypadków — w 12 pozostawiono z różnych powodów poród siłom natury, w 36 — przyspieszono lub wzniecono go operacyjnie.

	Matki				Płody				
	Liczba	Zmarło	% śmiertelności	% gorączkujących ponad 37,5°	Żywe	Nieżywe i niezdolne do życia	% śmiertelności	Zmarło w pierwszych dniach	Ogólny % śmiertelności
Porody siłami natury . . .	12	5	41,7	51,9	7	3	30,0	0	30,0
Porody wzniecone lub operacyjnie ukończone . . .	36	5	13,9	40,6	35	11	23,9	8	41,3
Razem . .	48	10	20,8	45,8	42	14	25,0	8	39,3

Zarówno więc śmiertelność matek, jak i liczba gorączkujących w połogu po operacyjnych porodach jest mniejsza, niż po porodach, nieoperacyjnie ukończonych. Co do śmiertelności dzieci uwzględnić należy wśród nich znaczną liczbę płodów bliźniaczych i trojaczych, posiadających mniejszą zwykle żywotność, a które wszystkie prawie drogą operacyjną zostały urodzone — to też wprawdzie śmiertelność bezpośrednia po porodzie jest mniejsza, naogół jednak wypada na niekorzyść porodów operacyjnie ukończonych.

Operacye, wykonane w powyższych przypadkach, dadzą się podzielić na dwie grupy:

I. Operacya przy drogach porodowych rozwartych:

Wydobycie płodu przy położeniu miednicow.	1,	zmarło	—
Obrót met. Braxtona-Hiensa	1	„	—
Kleszcze (nizkie—6, wysokie 8 razy) . . .	14	„	2
Kleszcze i obroty przy trojakach	2	„	1
Operacyi	18,	zmarło	3

II. Operacye przy drogach porodowych nie przygotowanych:

Metreuryza i obrót Braxtona Hicksa .		1, zmarło	—
Rozszerzenie ujścia met. Bossiego:			
następow.: kleszcze . . .	6	9 „	1
obrót	2		
wymóżdżenie .	1		
Cięcie cesarskie pochwowe:			
następow.: kleszcze . . .	1	7 „	1
obrót	4		
kleszcze i obrót	1		
wydobycie jaja płodowego za pom. narzędzi	1		
Cięcie cesarskie pozaotrzewnowe . .		1 „	—
		Operacyi 18, zmarło	2

Za najsłuszniejszy zabieg uważać obecnie należy przy drogach porodowych nie przygotowanych lub mało przygotowanych — cięcie cesarskie pochwowe metodą Dührssena. Zabieg ten pozwala szybko, prawie bez udziału skurczów macicy, bez ryzyka naddarć szyi rozwiązać nawet ciężarną pierwiastkę.

Tam, gdzie ma się do czynienia z ciężkim przypadkiem rzucawki u pierwiastki ze ścieśnioną miednicą lub zakażonemi dolnemi drogami porodowemi, może zajść wskazanie do cięcia cesarskiego pozaotrzewnowego.

Tak też postąpiono w jednym przypadku, gdzie u pierwiastki, w końcu ciąży, z ostrą rzeżączką wystąpiła ciężka rzucawka, z dobrym dla matki i dziecka wynikiem. Przy ujściu odpowiednio rozwartem, zwłaszcza u wieloródek, obrót Braxtona-Hicksa z następowem wydobyciem płodu szybko prowadzi do celu.

Wszelkie zabiegi operacyjne wykonywujemy w uśpieniu morfinowochloroformowem. Narkoza inhalacyjna w wprzypadkach rzucawki ma niewątpliwie swe braki — to też mimo teoretycznego uzasadnienia, jakie uzyskaliśmy do jej stosowania dzięki pracom Besredni, który wykazał, że w uśpieniu eterowem podanie dawek śmiertelnych zwierzętom uczulonym nie wywołuje objawów anafilaktycznych u tych zwierząt, nie stosujemy przedłużonej narkozy inhalacyjnej — posługując się nią jedynie pod-

czas zabiegów operacyjnych. W tych przypadkach zastosowanie aparatów do mieszanej narkozy tlenowochloroformowej (Roth-Draeger) może oddać bardzo dobre usługi — narkoza taka wymaga znacznie mniej narkotyku i mniej podrażnia drogi oddechowe.

Natomiast morfinę uważamy za bardzo skuteczny i racyonalny środek symptomatyczny, a nawet po części — leczniczy. Porażając ośrodki bólu, znosi ona cały szereg bodźców (bodźce świetlne, słuchowe i inne łatwiej nam usunąć), mogących wywołać napady drgawek i tem samem oszczędza w znacznej mierze siły ustroju. Wzmożenia pobudliwości układu nerwowego pod wpływem morfiny nigdy nie zauważyliśmy, obrzękowi płuc raczej, zdaniem naszem, zapobiega, niż go wywołuje, zmniejszając wydzielinę oskrzeli i zapobiegając drgawkom, tej najważniejszej przyczynie obrzęku.

Nadto, jak to nam udało się wykazać w pracowni Prof. Popielskiego, morfina w dawkach nawet małych, leczniczych wprowadzona dożylnie wywołuje u zwierząt zmniejszenie, a często całkowite zniesienie krzepliwości krwi.

Własność ta morfiny powinna zwrócić uwagę zwolenników stosowania w leczeniu rzucawki środków, obniżających krzepliwość krwi.

Jak wiadomo, zapatrują się oni na rzucawkę porodową, jako na zatrucie ustroju fibrinogenem, a powstawaniem zakrzepów tłómaczą jej objawy (Dienst) [1]. Polecana jednak przez nich hirudyna nie jest ciałem pod względem chemicznym czystem — działanie jej zależy, podobnie jak i wyciągów z innych narządów innych zwierząt, od wazodilatyny i niczem się od nich nie różni. Stosowanie dożylne preparatu o niestałej zawartości ciała działającego, zawierającego cały szereg ciał niezbadanych pod względem chemicznym, uważać należy co najmniej za ryzykowne.

Mając to samo działanie na krzepliwość krwi, co hirudyna, a będąc ciałem pod względem chemicznym i farmakologicznym dokładnie znanem, może ją morfina w zupełności zastąpić. Dawki 0,01—0,015 na 1 klgr. wagi zwierzęcia, a nawet o wiele

[1]) A. Dienst. Arch. f. Gyn. T. 90, z. 3.

mniejsze, wprowadzone do żyły, wywołują u psów wybitną niekrzepliwość. Wobec większej wrażliwości człowieka na morfinę należy oczekiwać podobnego efektu po ogólnie stosowanych dawkach leczniczych.

Stosowanie morfiny w leczeniu eklampsyi znalazło szerokie rozpowszechnienie, znajduje ona jednak i swoich przeciwników (Gaszyński) [1]), którzy twierdzą, że przez stosowanie morfiny wprowadzamy do zatrutego ustroju nowy jad i sprawę pogarszamy. Obawa ta zdaje się być jednak płonna, jeżeli uwzględni się, że cały szereg zatruć alkaloidami daje się zobojętniać działaniem ich antagonistów.

Obok morfiny stosujemy chloral — innych środków narkotycznych nie używamy. Polecanej przez Króniga punkcyi lumbalnej, ani też środków znieczulających do kanału rdzenia nie stosowaliśmy, a wyniki innych wcale do tych zabiegów nie zachęcają.

Ważne znaczenie w leczeniu rzucawki porodowej przypisać należy upustom krwi. Tam, gdzie mamy wykonać zabieg operacyjny, upustów nie stosujemy, nie wiedząc ile krwi podczas zabiegu chora straci — podczas operacyi nie jesteśmy pochopni do zbyt szybkiego tamowania krwotoku (preparatów sporyszu w zasadzie staramy się unikać), mając na uwadze swoje i innych doświadczenie, że po obfitych krwotokach podczas porodu przebieg następny rzucawki jest o wiele łagodniejszy. Tam, gdzie chora jest rozwiązana przy tętnie napiętem—wenesekcya oddaje często dobre usługi.

Równorzędnie z upustem krwi należy stosować wlewania podskórne lub śródżylne rozczynu fizyologicznego. Jako takiego od 3 lat używamy na klinice wyłącznie rozczynu Ringera-Locka, modyfikując go nieznacznie (calcii chlorati, kalii chlorati, natri bicarbonici an 0,2, natrii chlorati 9,0, dextrosae 1,0, aq. destillatae 1000,0).

Surowicy krwi zdrowych ciężarnych nie wstrzykiwaliśmy— w tym jednak kierunku mamy zamiar podjąć próby — jak dotychczas stały na przeszkodzie trudności natury technicznej.

---

[1]) Akuszerya. T. I, str. 269.

Idąc za radą Latzki, Fellnera próbowaliśmy 2 razy wyskrobać macicę po porodzie w przypadkach rzucawki.

W I przypadku napad drgawek wystąpił w 3 okresie porodowym. Gdy przy oglądaniu łożyska stwierdzono częściowy brak błon płodowych, przystąpiono do wyskrobania macicy tępą łyżką; zastosowano nadto morfinę i chloral. Napad więcej nie powtórzył się.

W II przypadku drgawki wystąpiły w 10 minut po odejściu łożyska. Po pierwszym napadzie wstrzyknięto morfinę, poczem w ciągu $1^{1}/_{2}$ godziny nastąpiło 10 napadów drgawek. Po wyskrobaniu macicy w ciągu następnych 11 godzin 6 napadów. Połóg do 7 dnia gorączkowy. Pacyentka zdrowa opuściła klinikę.

Jakkolwiek nie mamy pod tym względem większego doświadczenia, to przecie uważać musimy ten zabieg za nieszkodliwy, nie grożący niebezpieczeństwem; macica bowiem po porodzie zwykle skurczona nie tak łatwo może być przebita, jak macica połogowa, przeto w przypadkach ciężkiej eklampsyi należałoby go próbować.

Dekapsulacyi nerek w przypadkach rzucawki nie wykonujemy, uważając, że jedynie w połogu i przy stwierdzonej t. zw. przez Harrisona i Sippla „glaucoma renis“ zabieg ten byłby usprawiedliwiony—zresztą w tej sprawie odsyłam do pracy Bocheńskiego [1]) z naszej kliniki.

* * *

W końcu kilka słów o przypadkach, które zakończyły się śmiercią.

Jeżeli uwzględni się, że w 1 przypadku, gdzie według zeznań lekarza ordynującego od ostatniego napadu minęło 2 tygodnie, przyczyną śmierci była sekcyjnie stwierdzona sepsis, mająca swe źródło w gangrenie palca na nodze — liczba przypadków z zejściem śmiertelnem, spowodowanem eklampsyą należy zredukować do 10. Stanowi to $15{,}4^{0}/_{0}$.

Protokuły sekcyjne 2 przypadków zostały powyżej przy-

---

[1]) Uwagi nad dekapsulacyą nerek przy eklampsyi. Tyg. lek. r. 1909.

toczone, co do 8 pozostałych: w 6 przyczyną śmierci była rzucawka, w 2 następowe zapalenie płuc.

Ostre zmiany w nerkach lub przekrwienie stwierdzono w 5 przypadkach, chroniczne — w 3 przypadkach.

W jednym przypadku znaleziono obok typowego obrazu drgawek porodowych gruźlicze wrzody kiszki ślepej i zajęcie gruźlicze gruczołów szyjnych.

O wpływie mechanizmu porodu na przyszły rozwój dziecka

napisał

JÓZEF JAWORSKI.

Na wstępie zastrzedz się muszę, że mówić zamierzam o wpływie aktu, ściślej mechanizmu porodowego, na stan dziecka nietylko natychmiast, bezpośrednio, po porodzie, lecz zastanowić się pragnę nad następstwami pewnych zboczeń aktu tego na przyszłe zdrowie i losy, nasamprzód, noworodka, a później — dojrzałego człowieka. Następnie, że w całej sprawie tej chodzi mi wyłącznie o wpływ mechanizmu porodowego lub jego zboczeń, wyłącznie na rozwój ośrodków nerwowych, na rozwój intelektualny dziecka. W końcu, nadmieniam, iż rozpatrywać będę wyłącznie wpływ samodzielnie odbywającego się porodu bez wszelkiego współdziałania, które, jak wiemy, nieraz ujemnie wpłynąć może na zdrowie noworodka, a nawet zostawić stałe ślady na całe przyszłe życie.

Jako prawidło uważać można, że dzieci, które rodzą się w położeniu miednicowem, lub bardzo szybko po rozerwaniu pęcherza, albo, gdy rodzą się za pomocą cięcia cesarskiego, posiadają niezmienioną, i często pięknie zaokrąglonego kształtu, główkę.

We wszystkich innych przypadkach już samo przejście główki przez kanał porodowy, pozostawia pewne ślady na główce noworodka. Czaszka płodu bowiem wskutek ucisku ścian miednicy doznaje pewnych zmian, które pozostają widoczne

przez pierwsze dni życia i pozwalają nam nawet z pewną dokładnością na odtworzenie przebytego mechanizmu porodu.

Rozpatrując znane nam fakty, dotyczące mechanizmu porodu wogóle, przy położeniu czaszkowem, przypomnieć muszę, iż główka płodu przez kanał rodny przesuwając się, ulega, jak nadmieniłem, mniej lub więcej znacznym, przemijającym lub stałym zmianom.

Zmiany te dotyczą części miękkich główki, samego kośćca czaszki, wreszcie, jej zawartości, a stoją w bezpośrednim stosunku i zależności od ucisku, któremu przy porodzie główka płodu ulega. Na skórze czaszki obok otarcia naskórka, podbiegnięć skóry krwią, odgnieceń, spotyka się przedgłowie.

Zmiany w kościach polegają na przemieszczeniach, spłaszczeniach i wypukleniach, zagięciach, wyżłobieniach i złamaniach.

Przemieszczenia zasadzają się na zachodzeniu jednej kości na drugą, a także — całej jednej połowy czaszki — na drugą połowę. Kości zachodzić mogą na siebie tylko wtedy, jeżeli szwy i ciemiona są szerokie. W razie szwów i ciemion wązkich, lub przedwcześnie skostniałych, wymiary główki mogą skrócić się tylko przez spłaszczenie pojedyńczych kości.

Wyższym stopniem zmian kształtu kośćca czaszki noworodka są spłaszczenia i wypuklenia oddzielnych jego części. Tutaj obok ucisku podczas porodu najczęściej wobec miednicy ścieśnionej odgrywa rolę i podatność, miękkość samych kości.

Do uszkodzeń samej istoty kostnej zaliczamy szczeliny, powstałe podczas porodu i wyżłobienia kości ciemieniowej wzdłuż rowu wieńcowego. Stopień tych wyżłobień bywa rozmaity — od nieznacznych do głębogich. Najczęściej bywa to zwyczajne wgłębienie, rzadziej — załamanie, połączone z rozchodzeniem się szwu tyłogłowowego.

Ilustracyą zmian takich w kośćcu czaszki są między innemi rysunki w atlasie H. Fritscha. Na tablicy np. II, pod № 1, widzimy czaszkę samodzielnie urodzoną, w której znajduje się spłaszczenie na kości bocznej lewej, zwróconej przy porodzie do wzgórka kości krzyżowej, i znaczne wypuklenie na kości poprzedzającej.

Na tej samej tablicy pod № 3, znajduje się rysunek czaszki,

samoistnie urodzonej przy ogólnie ścieśnionej miednicy. Mamy tutaj wybitne spłaszczenie czoła. Potylica podchodzi głęboko pod kości boczne.

Nakoniec—na tablicy VI, pod № 3, przedstawiona została czaszka z wyraźnem, najlepiej wydającem się z przodu, przemieszczeniem kości. Prawa boczna (poprzedzająca) uniesiona z swej podstawy, tylna boczna—jest głęboko wtłoczona i spłaszczona.

Zachodzenie kości jednej na drugą odbywa się — jak wiemy — w pewnym porządku. Zachodzenie zaś jednej połowy czaszki na drugą zależne jest, bądź od wrodzonej skoliozy kręgów czaszkowych (Stadfeld), lub jest wynikiem ucisku podczas aktu porodowego ze strony dna miednicy (Schroeder), albo wzgórka kości krzyżowej (Dohrn). Oprócz tego na zmiany na czaszce, przemijające lub mniej lub więcej stałe, a także na jej kształt, posiada w pewnym stopniu sam mechanizm sił porodowych w okresie wydalania płodu.

Na siły te składają się tłocznia brzuszna i wewnątrzmaciczne ciśnienie wskutek skurczów mięśnia, tworząc w ten sposób, t. zw. ogólne ciśnienie wewnętrzne (Allgemeiner Inhaltsdruck). To właśnie ciśnienie działa na wszystkie części płodu i dosięga tego miejsca, gdzie przodująca główka przylega ściśle do ścian kanału wyprowadzającego. Znajdując się pod wpływem ogólnego ciśnienia wewnętrznego, ciało płodu na podobieństwo zatykadła cylindra parowego, odchylić się stara w stronę mniej silnego ciśnienia, mniejszego oporu, t. j. opuszcza się niżej. Oprócz tego ogólnego ciśnienia wewnętrznego przy postępującem posuwaniu się płodu, prawdopodobnie występuje jeszcze jednostronne ciśnienie na określone części płodu, t. zw. ciśnienie osiowe płodu (Fruchtachsendruck) albo ciśnienie kręgosłupa płodu. Kierunek tego ciśnienia odbywa się od pośladków po przez kręgosłup do potylicy. Wpływ ciśnienia osiowego płodu w taki sposób wyobrazić sobie można, że mięsień macicy, ustalony przez więzy okrągłe i rozciągniętą szyję, przy skurczu wywołuje jakby pchnięcie lub uderzenie w kierunku do pośladków, a pchnięcie to za pomocą kręgosłupa przechodzi na potylicę.

Do chwili, kiedy pęcherz płodowy jest jeszcze cały, nie

istnieje, przynajmniej w ogromnej większości przypadków, wszelkie jednostronne, a więc i osiowe ciśnienie na główkę i dlatego niema istotnej przyczyny, która wpływaćby miała na zmianę jej kształtu. Natomiast rzecz przedstawia się inaczej, gdy pęcherz pękł i główka dłużej zatrzymuje się w kanale porodowym. W tym razie, nasamprzód, występuje oddziaływanie sił porodowych na części miękkie główki i wytwarza się na części jej, pozostającej pod mniejszem ciśnieniem, niż cały płód, ciastowato miękki obrzęk z przepełnieniem naczyń, zastojem żylnym i następczem przesiąkaniem surowiczem, słowem—powstaje, t. zw. przedgłowie.

Przekrój obrzęku takiego wskazuje, iż obejmuje on głównie skórę i wolną tkankę pomiędzy nią a okostną. Oprócz tego jednakże w skórze w ogłowiu (galea), okostnej, a nawet kości i w oponach znajdują się niejednokrotnie bardzo liczne drobniutkie wynaczynienia w okolicy obrzęku. Jeżeli główka dziecka po porodzie leży długo na jednej stronie, to przesięk surowiczy może na zasadzie siły ciężkości obniżyć się do tego miejsca i w ten sposób zmienić położenie.

Natomiast drobniutkie wynaczynienia do opon i mózgu nigdy nie ulegają zmianie co do położenia i dlatego z dokładnością wskazują zawsze na tę część czaszki, która przodowała i przez długi czas pozostawała pod zmniejszonem ciśnieniem w centrze kanału porodowego.

Gdy przy przejściu główki następuje znaczniejsze przemieszczenie części miękkich na kościach płaskich, to uledz mogą rozerwaniu naczynia, odchodzące od okostnej do kości. Powstaje wtedy t. zw. krwiak czaszkowy, czyli wybroczyna nagłówna noworodków.

Obok tych zmian w częściach miękkich główki, nie zawsze obojętnych dla noworodka, zdarzają się, jak już wspomniałem, znaczniejsze przemieszczenia kości czaszki, które wywołać mogą już poważne uszkodzenia, groźne dla życia płodu. Do takich zaliczamy: rozerwanie zatok żylnych mózgu, znajdujących się pod szwami, a jako następstwo tego — krwotok nazewnątrz, pod powłoki czaszki, albo na powierzchnię mózgu.

Wprawdzie, nieduże wylewy krwawe na powierzchnię mózgu w pewnych przypadkach, przynajmniej na razie, prze-

biegać mogą bezkarnie dla zdrowia noworodka, stają się one jednak bardzo niebezpieczne, gdy siedlisko ich przypadnie w bliskości podstawy mózgu.

Zresztą, nieraz wprost dłużej trwający ucisk na mózg wskutek spłaszczeń, wgłębień, załamań kości czaszki, a nawet drogą tylko przekrwienia biernego, spowodować może dla zdrowia dziecka poważne niebezpieczeństwo. A ujawnia się to albo bezpośrednio po urodzeniu dziecka — śmierć, omdlenie i jego następstwa, lub później nieco — paralysis infantilis spastica, w formie hemiplegii albo diplegii — nareszcie, odbija się niekorzystnie na rozwoju intelektualnym dziecka.

Spostrzeżenia, w tym kierunku prowadzone, zwłaszcza przez neuropatologów, a w szczególności zajmujących się chorobami wieku dziecięcego, wraz z uwagami, z których niektóre powyżej przytoczyłem, podałem już dawniej przed 13-tu laty. W ciągu ostatnich lat 12-tu starałem się w miarę sprzyjających po temu okoliczności gromadzić i własny materyał. Spostrzeżeń takich posiadam kilka. Nie wchodząc w szczegóły, zaznaczam, iż we wszystkich przypadkach tych (ogółem 5-ciu), aczkolwiek dzieci urodziły się bez pomocy, lecz porody przebiegały wogóle ciężko, długo trwały, konfiguracya główki w dwóch przypadkach była z dużem przedgłowiem, w jednym przypadku z krwiakiem czaszkowym, a główka posiadała zwiększone wymiary, czaszka zaś nierówności; dzieci te rozwijały się późno i powoli: chodzić zaczęły dopiero po 2-u latach, wprawdzie mowę rozumiały, lecz same mówiły w 3-im — $3^1/_2$ roku zaledwie niewiele słów. Jedno zaś z tych dzieci, oboje są kolegi naszego, lekarza, mające obecnie skończonych 4 lata, w ten sposób mówi, iż rozumieć je może tylko najbliższe otoczenie. Dwoje innych dzieci, z których jedno urodziło się bardzo ciężko, w II iem położeniu, t. zw. wierzchołkowem (częścią przodującą—jest przód główki z ciemieniem wielkiem, zamiast tyłu główki i ciemienia małego) o główce w wymiarze pionowym bardzo znacznie wyciągniętej, zaczęło chodzić w 3-im roku, a obecnie w 5-ym roku stale ślini się, bełkocze, słabo zwraca uwagę na otoczenie. Inne, które po długiej pracy porodowej urodziło się w położeniu potylicowem drugiem, z dużem przedgłowiem i po porodzie

podlegało napadom drgawek, również bardzo powoli rozwija się i ma osłabioną inteligencyę.

Materyał kliniczny, zgromadzony przez Freuda, statystyka zebrana przez B. Sachsa, jako oparte na dużej liczbie przypadków, wymownie świadczą, że długotrwały ucisk na czaszkę płodu podczas porodu częstokroć odbija się ujemnie na przyszłym rozwoju intelektualnym dziecka (opóźnienie zdolności mówienia, trudność wymawiania wyrazów oddzielnych, słaba pojętność i t. d.)—a nawet sprowadza pewne cierpienia chorobowe, jako to: chorobę Littla, padaczkę (spostrzeżenia Binswangera).

Freud wśród etyologicznych momentów podaje tutaj: nasamprzód, omdlenie dziecka (asphyktische Geburt); powtóre, przedłużający się poród przy pierwszem dziecku (protrahirte Geburt beim ersten Kinde); nakoniec, wogóle ciężki poród (schwere Geburt).

Ciężki poród w etyologii ogólnych porażeń dziecięcych, według Freuda, zajmuje pierwsze miejsce.

Prawie $^1/_3$ ogólnej liczby tych porażeń pozostaje w przyczynowej zależności od ciężkiego porodu; $^1/_6$ zaś — przypada na przedwczesny poród.

W powstawaniu wogóle form choreatycznych w $^1/_4$ ogólnej liczby przypadków odgrywa pewną rolę poród, który Freud oznacza mianem „asfiktycznego".

W 11-tu przypadkach na 53 dzieci, ze słabym, powoli postępującym rozwojem umysłowym, Freud wskazuje na wyraźne zniekształcenia czaszki, polegające bądź na spłaszczeniach oddzielnych kości, bądź wypukleniach.

Widzimy więc, że wszystkie, wyżej wymienione zmiany w ukształtowaniu się czaszki podczas porodu, poczynając od pozornie niewinnego przedgłowia, a kończąc na spłaszczeniach, załamaniach i wgłębieniach, gdy przekraczają granicę zdolności adaptacyjnych, nie pozostają bez ujemnego wpływu na zdrowie dziecka.

Wprawdzie ta właściwość główki, iż jest ona ścieśliwa, odgrywa ważną a zbawienną rolę w przebiegu porodu, z drugiej jednak strony zachodzenie kości na miejscu szwów jedna

na drugą o tyle jest zjawiskiem nieszkodliwem, o ile nie przekracza pewnej granicy.

Określenie granicy tej, po za którą adaptacya czaszki do wymiarów kanału rodnego przestaje być obojętna dla zdrowia dziecka i odbywać się może pod tym względem bezkarnie, nie daje się ująć i wyrazić w liczbach ogólnych, a nawet przeciętnych, i w każdym poszczególnym przypadku miara tej szkodliwości bywa inna. Tak, np. H. Fritsch opisuje dziecko, które ze złamaną kością czołową żyło 3 miesiące. Ja osobiście widziałem 7-io miesięczne dziecko ze złamaną kością ciemieniową lewą po nałożeniu, t. zw. kleszczy prostych w klinice warszawskiej, a natomiast obserwowałem śmierć dziecka pewnego lekarza tylko ze znacznem wgłębieniem obu kości ciemieniowych w 48 godzin po wydobyciu go również za pomocą t. zw. kleszczy prostych. U dziecka tego, gdy mnie doń wezwano, stwierdziłem diplegyę; umarło zaś podczas napadu drgawek.

Miara więc szkodliwości zmian, a także uszkodzeń czaszki podczas porodu, jak okazuje się, bywa bardzo różna. Wówczas, gdy niekiedy nawet złamania kości czaszki mogą przebiegać względnie łagodnie, to natomiast wgłębienia, przemieszczenia, a, co najważniejsza, nawet tak pozornie niewinny ucisk, jaki wywiera tworzące się przedgłowie, wywołać może zastój żylny w oponach mózgowych i wylewy krwawe podoponowe, co sprowadza częściej, niż przypuszczamy, powolny rozwój dziecka, a niekiedy wprost obumarcie płodu.

Ostatnimi czasy poruszono w piśmiennictwie (Cushing) sprawę operacyjnego za pomocą trepanacyi leczenia krwotoków mózgowych i podoponowych także i u noworodków. Nie mam pod tym względem doświadczenia, gdyż nie spostrzegałem ani razu odnośnego przypadku, uważam jednak, że lekarze akuszerowie nadewszystko skierować winni baczniejszą, niż dotychczas, uwagę na wszelkie odchylenia w mechanizmie porodu, a przy okolicznościach sprzyjających, na dokładniejsze analizowanie przebiegu nawet każdego porodu. Wydaje mi się bowiem, iż wobec tego, co powyżej wyłożyłem, w rękach naszych, akuszerów, pozostaje nietylko dobry wynik bezpośredni porodu dla dziecka, lecz także przyszłe jego zdrowie, jego następny rozwój nietylko fizyczny, lecz i intelektualny.

Zapobieganie wydaje mi się racyonalniejsze i ważniejsze, niż ewentualne zabiegi chirurgiczne na czaszce, których wynik w wielu razach okazać się musi bezcelowy wobec tego, że rozchodzi się w takich przypadkach najczęściej nie o jedno ognisko, lecz o bardzo liczne drobniutkie rozsiane wynaczynienia do mózgu lub opon.

W porę więc zastosowana pomoc akuszeryjna, w takiej lub innej formie, odegrać może także w pewnych przypadkach i rolę profilaktyczną co do przyszłego niedorozwoju dziecka.

Co zaś do znaczenia, jakie w powstawaniu cierpień układu nerwowego w wieku dziecięcym mieć mogą operacye akuszeryjne, to np. Oppenheim w dziele swem wogóle twierdzi, że użycie kleszczy zdaje się mniejszy tutaj wpływ wywiera w porównaniu z czynnikami, które ich zastosowania wymagają. Auch die Application der Zange wird beschuldigt, doch scheint weniger die Anwendung des Instrumentes, als die Factoren, welche dieselbe erforderlich machen, bei der Erzeugung des Leidens in Spiele zu sein.

Sachs zaś mówi, że gdyby lekarze więcej posiadali zaufania do użycia kleszczy i — zręczności w rękoczynach, to długotrwające rozwiązanie kobiet nie odgrywałoby tak ważnej roli w powstawaniu chorób mózgu u dzieci, jak to obecnie spostrzegać nam się wydarza.

Dalej Sachs powiada: Wiele dzieci może nie podpadłoby idyotyzmowi i epilepsyi, gdyby było właściwe działanie w czasie rozwiązania. Viele Kinder — słowa Sachsa — wären vielleicht nicht dem Idiotismus oder der Epilepsie verfallen, wenn man zur Zeit der Entbindung richtig vorgegangen wäre.

Tak więc, uwzględniając fakta, wprawdzie w dziedzinie innej, niż nasza specyalność, i odrębnej zdobyte i stwierdzone, zaliczyć musimy do wskazań — zastosowanie pewnych operacyi położniczych, głównie kleszczy porodowych, przy przedłużającym się porodzie ze względu na zdrowie dziecka — i ewentualne niebezpieczeństwo powstania chorób mózgu z ich skutkami.

Oznaką niebezpieczeństwa tego, obok słabnącego tętna, ustania ruchów płodu, zniesienia odruchów skórnych — będą:

Zbyt długotrwające — już po odejściu wód płodowych — bóle porodowe.

Nader szybko wzrastające przedgłowie.

Zjawiska te nietylko są ostrzeżeniem, że płód znajduje się w niebezpieczeństwie życia, lecz i zapowiedzią, że dziecko może w następstwie nieprawidłowo rozwijać się z powodu wynaczynień do mózgu lub opon.

Przez możliwie wczesne wydobycie w tych razach płodu, jak już nadmieniłem, zapobiedz można tym poważnym dla zdrowia i rozwoju dziecka następstwom.

PIŚMIENNICTWO.

E. Bumm. Grundriss zum Studium der Geburtshilfe. 3-e Auflage.

Freud. Zur Kentniss der cerebralen Diplegien des Kindesalters. 1893.

Fritsch. Klinik der Geburtshilflichen Operationen. 1880.

J. Jaworski. Przypadek porażenia nerwu twarzowego u małego dziecka. Gazeta Lekarska. 1898.

J. Jaworski. Przyczynek do kazuistyki porażeń mózgowych u dzieci na tle choroby zakaźnej. Ibidem. 1900.

J. Jaworski. Nowsze wskazanie do użycia kleszczy porodowych ze względu na zdrowie dziecka. Odczyt na IX Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich. W Dzienniku IX Zjazdu L. i P. w Krakowie. 1900. Kronika Lekarska. 1900.

J. Jaworski. W sprawie operacyi w krwotokach mózgowych i podoponowych u noworodków. Rozprawy w Tow. Lek. Warsz. Pamiętnik Tow. Lek. Warsz. 1914.

Fr. Neugebauer. Eugenika i Położnictwo. Med. i Kron. Lek. 1914.

Wł. Ołtuszewski. O mowie i jej zboczeniach. Niemota, Bełkotanie, Mowa nosowa, Jąkanie i t. d. oraz Hygiena mowy. 1906.

Oppenheim. Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 1898.

Sachs. Lehrbuch der Nervenkrankheiten des Kindesalters. 1897.

Sachs. Der Durchtrittsmechanismus des Fruchtkopfes. Zeitschrift f. Geburtshilfe u. Gynaekologie. XIV.

Z kliniki położniczoginekologicznej lwowskiej prof. D-ra A. Marsa.

Peritonitis migrans

niezwykła postać klinicznego przebiegu ostrego zapalenia otrzewnej

podał

A. MARS

(Rzecz przedstawiona na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego lwowskiego w dniu 14-go listopada 1913 r.).

Ostre zapalenie otrzewnej przebiega zazwyczaj albo jako ograniczone do okolicy ogniska, z którego wyszło (peritonitis circumscripta), albo jako ogólne, rozlane, obejmujące całą otrzewną (peritonitis universalis). Prócz tego Mikulicz opisał obraz przebiegu pośredniego, wśród którego sprawa zapalna, zrazu ograniczona, zajmuje następnie coraz rozleglejsze części otrzewnej, i dał jej nazwę peritonitis progressiva.

W ostatnich miesiącach miałem sposobność spostrzegania w klinice przypadku, w którym ograniczone zapalenie otrzewnej, jako takie, w ciągu kilku dni przesunęło się przez całą otrzewną i to w ten sposób, że w miarę, jak postępowało ku górze, rónocześnie ustępowało z okolic pierwotnie zajętych, wywołując coraz to inne objawy. Mimowoli dla określenia stanu nasunęła mi się nazwa — peritonitis migrans.

Przypadek ten nie jest odosobniony, gdyż dawniej widziałem dwa inne, i to mnie skłoniło do przedstawienia rzeczy kolegom.

S. B. lat 36, wieloródka, przywieziona została nieprzytomna w dniu 13 października 1913 r. do kliniki położniczej lwowskiej o godzinie 9 rano. Rodzina podaje: że urodziła 5 razy na czasie i prawidłowo, 2 razy poroniła, po drugiem poronieniu macica była skrobana. Obecnie jest od 8-iu miesięcy w ciąży, w nocy dostała napadów drgawek. Cztery napady miały miejsce w domu, a piąty w drodze do kliniki.

Badaniem przedmiotowem stwierdzono ciążę w początku 9-go miesiąca księżycowego, ciepłotę 37,0, tętno 84. Moczu ilość skąpa o oddziaływaniu kwaśnem. Białka 14‰. Wałeczki ziarniste.

Część pochwowa długa, szyja macicy zwęża się ku górze. Ujście wewnętrzne palca nie przepuszcza. Nad wchodem balotująca główka. Objawów czynności porodowej nie stwierdzono.

W domu podawano chorej morfinę.

Zaraz po przybyciu do kliniki dostała chora wybitnego napadu rzucawki porodowej. Podano podskórnie 0,02 morfiny. Mimo to w ciągu godziny 3 dalsze napady.

Rozpoznano: Nephritis in gravida, Eclampsia i postanowiono bezzwłocznie rozwiązać chorą przez pochwę za pomocą: sectio cesarea vaginalis modo Dürhssen.

Po odsłonięciu pola operacyjnego, gdy się pierwsze cięcie poprowadzić miało, poczęła chora oddawać rzadki kał tak obficie, że zmusiła do przerwy w zabiegu i do koniecznego ponownego wyjaławiania operatora, pola operacyjnego i okolicy.

Gdy ponownie do zabiegu przystąpiono, ograniczono się do przecięcia szyi i dolnego odcinka macicy tylko od przodu, co okazało się dostatecznem do zrobienia obrotu, i urodzenia płodu niedonoszonego omdlałego. Z powodu krwotoku wygnieciono łożysko sposobem Credego. Gdy krwotok mimo to nie ustał, odsłonięto pole operacyjne, przyczem okazało się, że brzegi rany w ścianie macicy gładkie, nie okazywały nigdzie naddarcia, że krwawienie pochodzi z lewego przymacicza, w którem palcem stwierdzono jamę wielkości jaja kurzego, która najprawdopodobniej powstała w czasie przesuwania się następującej główki z macicy do pochwy. Rana w pochwie nie była dość obszerna, a brzegi jej dość podatne i rozciągliwe. Przyjęto prawdopodobieństwo pęknięcia gałązki lewej tętnicy macicznej. Okłuto zaraz od sklepienia pochwowego przymacicze, poczem krwotok ustał bezzwłocznie.

Zeszycie ściany macicy i pochwy nastąpiło — jak zwykle. Do jamy w przymaciczu włożono sączek z gazy kseroformowej. Pierwsze 24 godzin po zabiegu miała się chora dobrze. Usunięto sączek.

Wieczorem d. 14 października ciepłota 37,2, tętno 96, przyczem równocześnie wystąpiła bolesność nad pachwiną lewą, i wzdęcie brzucha, a nawet objawy duszności. Stan taki mimo leczenia trwał przy wzmaganiu się objawów dwa dni, poczem w dniu 16 października wystąpiła znaczna bolesność w okolicy środkowej brzucha i bardzo uporczywe wymioty, które trwały trzy dni. Równocześnie atoli ustąpiła bolesność w podbrzuszu i szybko ustępowało wzdęcie brzucha, jakoteż i objawy duszności.

Po dwu dniach t. j. 18 październikaa ustąpiły wymioty, bolesność środkowej okolicy brzucha i wzdęcie. Oddawanie wiatrów i stolca stało się dobrowolne. Natomiast jednak wystąpiła znaczna tkliwość w okolicy dołka podsercowego, wzdęcie w okolicy żołądka i uporczywa czkawka, która męczyła chorą przez trzy dni. Po trzech dniach czkawka ustąpiła, a pojawiła się jeszcze raz w kilka dni po ustąpieniu objawów podrażnienia otrzewnowego.

W ośm dni po porodzie, t. j. 21 października, ustąpiły wszelkie objawy podrażnienia otrzewnowego.

Od 21 października chora przeszła w stan powolnego zdrowienia, wśród którego przebyła jeszcze ostre zadrażnienie błony śluzowej pęcherza moczowego; kilka dni skarżyła się na bóle w obu stawach skokowych i przez dwa dni na uporczywy ból głowy.

Każdemu przesunięciu się sprawy chorobowej na otrzewnej towarzyszyło zwiększenie się ciepłoty.

Tętno przez cały czas choroby a nawet i później po ustąpieniu objawów podrażnienia otrzewnowego było liczniejsze, niż w stanie prawidłowym, liczba uderzeń dochodziła do 120 na minutę.

Stolca było brak w czasie wzdęcia brzucha i bolesności dolnych jego okolic, później był dobrowolny. Podobnie rzecz miała się z wiatrami.

Mocz był badany prawie codziennie. Zaraz na drugi dzień ilość białka spadła do $1^0/_{00}$, w następnych dniach było białka coraz mniej, a w ostatnich dniach pobytu w klinice można było zaledwie ślad wykazać

Liczba spostrzeganych wałeczków zmniejszała się z dnia na dzień, a po tygodniu już ich nie widziano.

Badanie ginekologiczne nie wykazywało żadnych obrzęków, ani zmian ogniskowych zapalnych.

Codzienne mikroskopowe badanie krwi wykazywało tylko w porze przesuwania się sprawy zapalnej na otrzewnej zwiększenie liczby ciałek białych krwi od 10—46000 w mm. sz. Po za tem nic osobliwego nie spostrzegano. Badanie krwi na drobnoustroje chorobotwórcze dawało wynik ujemny.

Wydzielina, wzięta w dniu 19 października z szyi macicy, przedstawiła się, jako prawie czysta hodowla „bacterium coli commune".

Dnia 2 listopada stwierdzono cystoskopem nieżyt szyi pęcherza, nadto starą wybroczynę wielkości fasoli 1—2 cm. nad ujściem prawego moczowodu

Przez cały ciąg prowadzono leczenie objawowe, starano się skrzepiać serce. Pożywienie podawano mleczne.

Jak z tego opisu widoczne, przebieg kliniczny tego przypadku nie daje się wcisnąć w zwykłe ramy opisywanych obrazów ostrego zapalenia otrzewnej.

Dla wyraźniejszego przedstawienia przebiegu podajemy zestawienie ciepłoty, tętna i najważniejszych objawów w następującej tablicy:

Dzień	Ciepłota		Tętno		Bolesność			Wzdęcie	Wymioty	Czkawka
	r.	w.	r.	w.	podbrzusze	środek	dołek podsercowy			
13	37,0	36,7	80	72						
14	36,4	37,2	84	96	+			+		
15	36,7	38,8	120	124	+			+		
16	37,0	37,3	120	132	+	+		+	+	
17	36,0	36,3	116	108		+		+	+	
18	36,8	38,8	116	120		+	+		+	
19	36,4	36,6	108	96			+			+
20	36,5	37,0	108	116			+			+
21	36,6	36,8	108	96			+			+
22	36,2	37,2	108	120			+			
23	36,6	36,6	120	120			+			

Jak już wyżej zaznaczono, przypadek ten nie jest odosobniony, gdyż miałem sposobność spostrzegania podobnego przebiegu już dwukrotnie.

Pierwszy podobny przypadek jak opisany spostrzegany przed 20 laty w Krakowie był badany bardzo dokładnie, gdyż nietylko swym przebiegiem budził zainteresowanie, ale dotyczył żony jednego z najpoważniejszych kolegów lekarzy krakowskich.

Osoba zdrowa, wieloródka, matka kilkorga dzieci, zasłabła nagle, skarżąc się na silne bóle w okolicy stawu biodrowego lewego i na ból wzdłuż nerwu kulszowego. Podjęte badanie ginekologiczne dało wynik ujemny. Rozpoznano rwę kulszową i zastosowano odpowiednie leczenie.

Do trzeciego dnia obraz chorobowy zmienił się zupełnie. Objawy rwy kulszowej ustąpiły, a natomiast wystąpiły objawy ograniczonego podrażnienia otrzewnowego w podbrzuszu nad pachwiną lewą. Ciepłota podniesiona. Tętno przyspieszone. Chora była zresztą swobodna.

W następnych dniach wystąpiło wzdęcie brzucha, a bolesność posuwała się ku górze i dosięgła okolicy nadpępkowej. Równocześnie zmniejszała się i ustępowała bolesność w podbrzuszu i nad pachwiną lewą, gdzie była pierwotnie wystąpiła.

W następnych dniach tkliwość brzucha posunęła się znów zwolna ku górze i zajęła okolicę dołka podsercowego. Równocześnie wzmogło się i wzdęcie tej okolicy brzucha, wystąpiły nudności i wymioty treścią żołądka zielono zabarwioną. Niepokój. Ciepłota miernie podniesiona, tętno wciąż przyspieszone.

Mniej więcej w tydzień po rozpoczęciu się choroby brzuch był miękki, wzdęcie ustąpiło, a bolesność pozostała jeszcze tylko w okolicy dołka podsercowego tuż pod wyrostkiem mieczykowatym. Chora dostała wówczas czkawki i wystąpiły trudności przy oddechaniu z powodu bolesności. Od czasu do czasu wymioty i uporczywa czkawka męczyły chorą bardzo, a lekka sinica nadawała jej wyraz ciężko chorej osoby. Stan taki trwał przez dwa dni, poczem chora poprawiła się, wszelkie objawy spostrzegane ustąpiły, pozostało tylko ogólne osłabienie, jak po ciężkiej przebytej chorobie.

Wreszcie widziałem jeszcze jeden przypadek, spostrzegany przelotnie, który do dwu powyższych doliczyć muszę.

Przed kilku laty wezwany byłem we Lwowie do narady u chorej, u której kolega rozpoznał ograniczone zapalenie otrzewnej w lewej stronie podbrzusza. Wszelkie objawy odpowiadały rozpoznaniu, a rozchodziło się o przyczynę powstania cierpienia. Badanie ginekologiczne dało wynik ujemny, postanowiono zwrócić uwagę na przewód pokarmowy, w którym domyślano się źródła cierpienia.

W kilka dni widziałem znów chorą, i znalazłem obraz chorobowy zupełnie odmienny, której to zmiany kolega ordynujący nie umiał sobie wytłómaczyć. Objawy pierwotnego ograniczonego zapalenia otrzewnowego w podbrzuszu ustąpiły, a natomiast wystąpiła tkliwość w okolicy środkowej brzucha w okolicy pępka i wymioty.

Według opowiadania kolegi, który miał chorą w opiece, wystąpiła pod koniec choroby bolesność w okolicy dołka podsercowego i czkawka obok wymiotów.

O ile mi wiadomo, osoba ta wyzdrowiała po kilku dniach.

Przypadek ten przebiegał zatem bardzo podobnie do wyż opisanych i dlatego o nim wspominam.

* *
*

Zastanawiając się nad opisanymi przypadkami, które były spostrzegane tylko ze stanowiska widzenia klinicznego, musimy powiedzieć, że zwraca uwagę podobieństwo przebiegu.

Aczkolwiek samo spostrzeganie kliniczne nie może być dostateczne, to przecież zaznaczają się tu niektóre momenty, które zasługują na uwagę, i tak:

We wszystkich trzech przypadkach brak zmian miejscowych zapalnych, któreby były dały się stwierdzić przedmiotowem ginekologicznem badaniem. W jednym tylko, t. j. ostatnim, istnieje ścisły związek z przebiegiem porodu. W obu przypadkach dawniejszych związku tego nie można było wykazać.

We wszyskich trzech przypadkach objawy występowały groźnie, mimo to wszystkie zakończyły się pomyślnie.

We wszystkich istniała zmienność objawów i zmiana obrazu chorobowego. W dwu przypadkach, t. j. w przypadku najpierw spostrzeganym i ostatnim daje się stwierdzić pewien związek sprawy chorobowej z przewodem pokarmowym. W pierwszym przypadku, najdawniej w Krakowie spostrzeganym, rozpoczęła się sprawa od rwy kulszowej i przeszła później na otrzewną. Mimo woli nasuwa się myśl, że w braku jakichkolwiek zmian w narządzie płciowym i moczowym źródłem cierpienia mogła być odbytnica.

W ostatnim przypadku zanieczyszczenie kałem pola operacyjnego i okolicy a później stwierdzenie w wydzielinie obecności bacterium coli commune związek ten z przewodem pokarmowym udowadnia.

Badanie krwi ostatniego przypadku wyłącza ogólne zakażenie drobnoustrojowe, sprowadzając je do znaczenia sprawy miejscowej, a objawy ogólne do znaczenia objawów toksycznych.

Aczkolwiek daleki jestem od tego, aby w przypadkach opisanych przyznawać znaczenie bacterium coli commune, to przecież muszę je uważać, jako wynikłe z miejscowego zaka-

żenia, a uwzględniając tak ostre granice obrazu przebiegu klinicznego, muszę domyślać się swoistego czynnika zakażającego, o jaki w bogatej florze przewodu pokarmowego nie trudno.

Wreszcie sądzę, że tylko sprawdzające badania na zwierzętach, w podobnym przypadku podjęte, mogłyby bliżej rzecz rozjaśnić.

W sprawie rozpoznawania kamieni moczowodowych w miednicy kobiecej

podał

ZYGMUNT MONSIORSKI.

Kamienie moczowodowe nie należą do zjawisk rzadkich. Schenk, cytowany przez Pozziego i Prousta, zebrał w roku 1902 sto jeden przypadek; a Emil Jeanbrau, cytowany przez Voelckera, w roku 1910 — dwieście trzydzieści dziewięć.

Z pośród przypadków Schenka 73 dotyczyły miedniczej części moczowodu, a z tych 44 czyli 61% spostrzegane były u kobiet.

Częstość kamieni w dolnej części moczowodu ujawnia również statystyka Tenneya (u Pozziego): na 35 kamieni w górnej części moczowodu 18 było w części środkowej, a 73 w dolnej. Israël znalazł w części górnej 11, w środkowej 8 i w dolnej 14.

Jak wiadomo z doświadczeń anatoma Poiriera, cytowanych tak w dziełach Legueu'a, Albarrana, jako też w artykułach Pozziego i A. Leśniowskiego, istnieją dwa typy moczowodów; w typie pierwszym znajdujemy dwa zwężenia: jedno na początku moczowodu, tuż przy wyjściu z miedniczki nerkowej, drugie—przy wejściu do pęcherza; w typie drugim oprócz poprzednich znajdujemy jeszcze zwężenie w miejscu, odpowiadającem mniej więcej skrzyżowaniu się moczowodu z wielkimi pniami naczyniowymi małej miednicy.

Owe zwężenia światła moczowodu są najczęściej miejscem zatrzymania się kamienia, dążącego z nerki do pęcherza; ka-

mienie tworzące się w samym moczowodzie, należą — według ogólnego zdania autorów — do rzadkości. Dwa przewężenia w miednicy małej, jako też najmniejsza poprzecznica przewężenia dolnego (górne 3,2 mm., średnie 4 mm., dolne $2^1/_2$ mm.) tłómaczą nam do pewnego stopnia częstość zatrzymania się kamieni w dolnym odcinku moczowodu.

Co się zaś tyczy większej częstości tej sprawy chorobowej u kobiet, tłómaczą to silniej wyrażonem zagięciem moczowodu w okolicy kulszowej, oraz tem, że moczowód na przebiegu podstawy więzu szerokiego częściej ulegać może zwężeniu chorobowemu po sprawach zapalnych w narządach płciowych kobiecych.

Po tych kilku słowach, niezbędnych dla zrozumienia całości, przechodzę do opisu dwu przypadków, które skłoniły mnie do podjęcia niniejszego tematu.

1. A. P. lat 30, urodziła 2 razy, nie roniła wcale; ostatni poród sponte, połóg bez powikłań przed 4 laty. Chora wskazuje na stały ból w dole biodrowym lewym; częste oddawanie moczu występuje bardzo rzadko, napierania nie ma; badanie moczu nie wykazuje poważniejszych zmian, oprócz nadmiaru mocznika i kwasu moczowego; natomiast peryody bolesne oraz badanie ginekologiczne odwracają uwagę wyłącznie w kierunku narządów płciowych. Chorej zrobiono wyskrobanie macicy, zeszyto szyję maciczną i krocze. Ból jednak pozostał w lewym dole biodrowym. Dopiero gdy wystąpiły cierpienia w stawach, które zmusiły chorą do położenia się do łóżka, wtedy zjawiła się myśl o prześwietleniu moczowodu. Kol. Judt otrzymał na rentgenogramie dwie plamy w okolicy skrzyżowania moczowodu z dużemi naczyniami miednicy.

Przed przystąpieniem do leczenia należało stwierdzić, że owe plamy są istotnie kamieniami w moczowodzie. W pracowni kol. Judta wprowadziłem do moczowodu lewego cewnik, nie przepuszczający promieni X, a zdjęcia kilkakrotne dały nad wyraz zajmujące wyniki. Na pierwszym obrazie widzimy, że cewnik bezpośrednio dotyka do złogów. Przed drugiem zdjęciem wysunąłem nieco cewnik i ponownie wprowadziłem go głęboko. Tym razem złogów nie było tam, gdzie poprzednio, lecz natomiast znalazły się one w miedniczce nerki lewej. Gdy przed trzeciem zdjęciem nieco wysunąłem cewnik, złogi znalazły się nieco niżej, na miejscu lędźwiowego zwężenia moczowodu. Chora była następnie leczona cewnikiem Jahra, wstrzykiwaniem oliwy jałowej do miedniczki, ale jak dotąd — bezskutecznie. Ponieważ nie gorączkuje, ponieważ moczowód lewy przy cystoskopii funkcyonuje prawidłowo, a ropy w moczu nie ma, przeto chora wstrzymuje się od operacyi.

Pozostawiając komentarze na później, przechodzę do opisu drugiego przypadku.

II. S. I. lat 28; porodów wcale nie odbywała; 1 raz poroniła przed 6 laty bez powikłań. Chora od 5 lat. Początkiem choroby było jakoby zapalenie jajnika; a w pół roku potem wystąpiło parcie na mocz, które trwa do dnia dzisiejszego. Jest to obecnie główna dolegliwość chorej; odczuwa stale chęć oddawania moczu, która to chęć nie ulega zmianie po opróżnieniu pęcherza moczowego. Peryody co 4 tygodnie po 5 dni, bolesne, obfite. Ból w dole brzucha i krzyżu; bóle głowy i silne zdenerwowanie. Podczas peryodu napieranie na mocz mniejsze. Przy badaniu stwierdzono słaby stan zapalny w pochwie i ślady przebytego zapalenia w lewych przydatkach macicznych; zresztą—położenie macicy, wielkość, ruchomość — prawie prawidłowa; nieco przodozgięcia.

Starannie obmacując moczowody na przebiegu miedniczym, wyczułem złogi w okolicy prawego moczowodu. Po cystoskopii, którą stwierdziłem zupełnie normalny stan pęcherza moczowego, skierowałem chorą do kol. Judta; rentgenogram dał dwie plamy w okolicy ujścia prawego moczowodu do pęcherza. Polegając na zdaniu Legueu, że należy uciekać się do kateteryzacyi moczowodów przy rentgenografii tylko w razach wątpliwych; oraz ulegając życzeniu chorej, ażeby rękoczyny te odłożyć do chwili, kiedy wystąpi konieczność operacyi; przystąpiłem, jak w pierwszym przypadku, do leczenia balonikiem Jahra oraz wstrzykiwaniem oliwy jałowej do miedniczki.

Wynik leczniczy przez parę miesięcy był dobry, chora czuła znaczną poprawę; kiedy wystąpiło ponownie pogorszenie, należało stwierdzić ostatecznie istnienie kamieni w moczowodzie tem bardziej, że pomimo subjektywnej poprawy chwilowej zdrowia u chorej, żadne złogi na zewnątrz nie wyszły.

Cewnikowanie moczowodu w pracowni kol. Judta wykazało na rentgenogramie, że cewnik przechodzi przynajmniej na pół centymetra poniżej złogów, jakie wykazała poprzednia fotografia. A więc pomimo ciągłego parcia na mocz, pomimo stwierdzenia złogów i ręcznie i na fotografii w okolicy typowej dla kamieni moczowodowych, ropoznanie okazało się fałszywem.

Przytoczę jeszcze jeden przypadek w krótkości, gdzie również wystąpiły plamy na fotografii w próżni miednicy, których jednak za kamienie moczowodu wziąć nie można było.

Chora E. lat 48, 1 raz urodziła przed 30 laty; przed 9 laty hysterectomia vaginalis z powodu włókniaka macicy; wskazuje na ból w lewym dole biodrowym. Przed 4 laty w ciągu 2 tygodni krwawienie z pęcherza moczowego. Brak macicy, oraz wspomniane krwawienie i ból w lewym dole

biodrowym dawały dużo do myślenia. Przed 4 laty stwierdzono u chorej rozszerzenie naczyń krwionośnych pęcherza i robiono przypalanie. Obecnie wziernikowanie pęcherza moczowego wykazało tylko słabe przekrwienie trigoni. Rentgenogram dał plamy w prawym dole biodrowym w okolicy nietypowej.

Przechodząc obecnie do omówienia powyższych przypadków, zacznę od stwierdzenia, że w pierwszym kamień jest w t. zw. części przykulszowej moczowodu, oraz że jest ruchomy. Oprócz ruchomych bywają, jak wiadomo, kamienie uwięzione w świetle kanału moczowodu, oraz jako trzecia odmiana unieruchomione w uchyłku moczowodu. Rozpoznanie było do pewnego stopnia przypadkowe; drogą do niego była skaza moczanowa chorej. W przypadku drugim złogi zostały stwierdzone przy badaniu ginekologicznem dwuręcznem, i nawet przy zaburzeniach w urynowaniu doprowadziły do wyników mylnych.

Wogóle trudność rozpoznania tłómaczyć można w pierwszym rzędzie tem, że przed 30 laty, jak mówi Voelcker, znajdowano kamienie moczowodowe tylko na stole sekcyjnym. Choroba więc jest względnie nowa.

Drugim warunkiem, utrudniającym rozpoznanie, jest niejasność objawów, oraz w pewnej mierze niedostateczne doświadczenie obserwatora.

Tam, gdzie są krwawienia przy urynowaniu, gdzie występują bóle w formie napadów stale w tem samem miejscu, gdzie zjawia się bezmocz, tam o trudnościach rozpoznawczych mowy być nie może. Czasami jednak albo niema przez pewien czas objawów żadnych albo jest jakiś tępy ból. I tu właśnie myśleć należy o możliwości kamieni moczowodowych, o ile narządy płciowe znajdziemy w porządku.

Pozzi i Proust opisali dwa przypadki osobiste. W pierwszym z nich, pomimo że kamień miał ($8^1/_2 + 2^1/_2$ — w dwu częściach) 11 cm. długości, a 2 cm. szerokości, pomimo, że był wyczuty przez pochwę — autor jednak zrobił rozpoznanie torbieli skórzastej na podstawie, że w prawem sklepieniu oraz w tylnem był twór sprężysty wielkości mandarynki; złóg twardy wyczuwał się bardziej w sklepieniu lewem. Kamień znaleziono dopiero podczas operacyi, i to wtedy, gdy w wyciętej

torbieli nie stwierdzono nigdzie miejsc twardych, któreby tłómaczyły obraz, otrzymany przy badaniu przez pochwę. Oczywiście—jednym z powodów rozpoznania fałszywego było to, że autor o możliwości kamienia przed operacyą nie myślał.

Obraz radiograficzny w przypadku drugim (moim) jest niemal identyczny z tym, jaki widzimy u Pozziego i Prousta na str. 894 fig. 4; tam na autopsyi plamy okazały się flebolitami (in vena periureterica). Plamy na rentgenogramie szczegółowo rozbierają Pozzi i Proust, szczegółowo przytacza A. Leśniowski, a z całą drobiazgowością traktuje je Judt.

Oprócz flebolitów mogą dawać powód do pomyłek złogi w wyrostku robaczkowym, złogi przykiszkowe (paraintestinales), zwapniałe gruczoły, torbiele skórzaste, a nawet torbiele więzu szerokiego o zawartości serowatej. Judt przytacza w swej pracy 10 kategoryi pomyłek.

Czy jest możność uniknięcia tych pomyłek, i zrobienia pewnego rozpoznania? Legueu radzi w przypadkach, gdy złogi są w miejscach nietypowych (a więc tylko wtedy) uciekać się do kombinacyi rentgenografii z cewnikowaniem moczowodów; Leśniowski uważa taką kombinacyę za bardzo pożyteczną. O ile wolno mi robić jakiekolwiek wnioski, uważałbym, że w każdym przypadku, gdzie rentgenogram daje plamy, a objawy naprowadzają na przypuszczenie kamicy moczowodowej, kombinacya rentgenografii z cewnikowaniem moczowodów jest bezwzględnie konieczna; bez tej kombinacyi — niema dyagnozy pewnej. To samo zdanie wygłasza Judt, to samo Kümmel.

W krótkości pozwolę sobie jeszcze przytoczyć objawy, które powinny naprowadzać na myśl o obecności kamieni w moczowodzie. Pierwszym i głównym objawem jest ból. Czasem może go wcale nie być; czasem bywa to ból stały, ale najczęściej występuje w postaci napadów i powstaje z powodu rozszerzenia się i kurczenia moczowodu (Guyon). Praktycznie biorąc, ból ten najczęściej może dać powód do rozpoznania zapalenia wyrostka robaczkowego, albo przydatków macicznych. Dwa bardzo pouczające przypadki w tym kierunku znajdujemy w pracy Pozziego i Prousta: Chora od 7 lat ma bóle zrana; ataki nagłe, wymioty; moczu wtedy mało i ze krwią. Ataki trwają po 24 godziny; przed trzema laty rozpoznano zapalenie

wyrostka robaczkowego i wycięto go. Legueu wobec hematuryi myślał o kamieniach nerkowych i wyciął nerkę. Dopiero podczas operacyi spostrzegł kamień w dolnej części moczowodu; później usunął go za pomocą ponownej operacyi. II (Przypadek Thompsona). Bóle promieniujące od lewej nerki do pęcherza z nieznacznym krwiomoczem; przypuszczano kamień w nerce, ale go przy operacyi nie znaleziono. Wobec ciągłych bólów inny chirurg wyciął chorej macicę z przydatkami, ale i potem ból pozostał. Na szczęście w kilka miesięcy potem chorej wyszedł kamień samoistnie, i od tego czasu wyzdrowiała.

Jeżeli więc stwierdzamy u chorej ból w miednicy w postaci ataków; jeżeli możemy przez badanie dwuręczne wykluczyć cierpienie ginekologiczne, wtedy zostaje wahanie między kamieniem moczowodowym, a zapaleniem wyrostka robaczkowego. Pozzi i Proust dają w tych razach taką wskazówkę. Ból w obu chorobach jest prawie w tem samem miejscu, o ile kamień jest w moczowodzie prawym; ale przy kamieniach moczowodu ucisk przez pochwę na moczowód wywołuje ten sam ból; wywołuje go i lekki ucisk na nerkę; tymczasem przy zapaleniu wyrostka robaczkowego ból z oddali wywołać można tylko w sposób, znany jako objaw Rovsinga.

Taddei bezpośrednio bada moczowód w ten sposób, że na linii, łączącej pępek z punktem leżącym na 1 cm. poniżej środka więzu Pouparta, określa przebieg tętnicy biodrowej wspólnej i zewnętrzej (na 4 cm. poniżej pępka). Na miejsce to kładzie rękę odwrotnej strony (prawą na lewej stronie i odwrotnie), pod nią podprowadza drugą rękę i zanurza w głąb palce. Jeżeli moczowód jest chory, zjawia się ból.

Badanie ginekologiczne (dwuręczne) może doprowadzić do stwierdzenia twardych złogów na przebiegu moczowodu.

Ból i skonstatowanie złogów powinny być już dostatecznymi motywami do poddania chorej rentgenografii; a o ile ta ostatnia daje plamy, wtedy dopiero należy chorą rentgenizować powtórnie z cewnikiem w moczowodzie (nb. cewnik powinien być uchwytny dla promieni X).

Zastrzegam tu raz jeszcze, że nie analizuję takich objawów, jak krwiomocz i bezmocz, gdyż te natychmiast dają wskazania do rentgenografii.

Ostatnie pytanie, które tu nastręcza się, jest mianowicie to, jakie wyniki otrzymujemy przez kombinacyę rentgenografii i cewnikowania moczowodów? Znajdujemy wtedy, że cewnik albo bezpośrednio dotyka kamienia, albo jest zdala od niego; że cewnik swobodnie przechodzi obok kamienia, lub też przesuwa go do góry; wreszcie, że cewnik dochodzi do kamienia uwięzionego, a, napotykając na przeszkodę, usunąć jej nie może.

W sprawie leczenia, stosowanego w opisanych przypadkach, słów parę. W drugim przypadku naturalnie nie mogło być mowy o dobrym wyniku, bo kamieni w moczowodzie nie było. Natomiast w pierwszym i cewnik Jahra, i oliwa — nie pomogły; sądzę, że i cewnik Voelckera nie dałby lepszych wyników.

Fryszman był szczęśliwszy, gdyż podobne zabiegi w trzech przypadkach doprowadziły go do pożądanych wyników. Naturalnie, próbować tych zabiegów można i trzeba, ale w razie braku efektu zostaje zawsze leczenie operacyjne; nie omawiam go, gdyż to przekroczyłoby ramy niniejszego artykułu.

Na zakończenie dodam jeszcze, że u nas różnymi czasy demonstrowane były kamienie moczowodowe lub omawiane przypadki przez Fryszmana, Leśniowskiego, Stankiewicza Czesława i Grosglika.

PIŚMIENNICTWO.

Legueu. Traité chirurgical d'urologie.

Albarran. Médecine operatoire des voies urinaires.

Pozzi i Proust. Contribution à l'étude des calculs de l'uretère pelvien chez la femme. Revue de gynec. et de chir. abd. 1909.

Voelcker. Beitrag zur Therapie der Uretersteine. Zeitschrift für urologische Chirurgie. 1913.

Leśniowski A. O kamieniach w moczowodach. Przegląd Chirurgiczny i Ginekologiczny. 1910.

Judt. Z nowych dróg w rentgenografii narządów moczowych. Przegląd Chir. i Gin. 1912.

Kümmel H. Chirurgische Operationslehre. Bier, Braun, Kümmel. Tom III.
Fryszman. Przypadek uwięzienia kamienia w moczowodzie wyleczony za pomocą wstrzykiwań oliwy. Posiedz. Chirurg., 9 grudnia 1909.
Fryszman i Grosglik. Dyskusya nad odczytem Leśniowskiego. Posiedzenie Chirurg., 10 września 1908.
Leśniowski. Posiedzenie Chirurgiczne, 8 października 1908.
Stankiewicz Cz. Posiedzenie Chirurgiczne, 10 grudnia 1908.

Kilka rzadszych spostrzeżeń z kazuistyki własnej

podał

FRANCISZEK NEUGEBAUER.

I. Spostrzeżenie koincydencyi ciąży pozamacicznej z włókniakiem macicy. Error diagnoseos na korzyść chorej.

W roku 1907 ogłosiłem drukiem w Lipsku monografię pod tytułem „Zur Lehre von der Zwillingsschwangerschaft mit heterotopem Sitze der Fruechte, das eine Ei in cavo uteri, das andere extrauterin gelagert". Przyczynek ten obejmuje kazuistykę 170 przypadków ciąży bliźniaczej izochronicznego poczęcia, lecz heterotopicznej. W roku 1913 ogłosiłem nową seryę 74 takich przypadków pod tytułem: „Eine neue Serie von 74 Faellen isochroner heterotoper Zwillingsschwangerschaft, das eine Ei intrauterin, das andere extrauterin implantiert, nebst Schlussfolgerungen" (Gynaekologische Rundschau. № 22). Od owego czasu zebrałem znów 18 takich przypadków. Na całą kazuistykę dotychczasową 262 przypadków tylko 16 razy zrobiono trafne rozpoznanie już przed operacyą — co wskazuje na to, że właściwe rozpoznanie w tych przypadkach bynajmniej nie jest łatwe. Osobiście miałem dwa razy do czynienia z tego rodzaju ciążą bliźniaczą. W maju 1913 r. rozpoznałem tego rodzaju ciążę i omyliłem się w rozpoznaniu — tym razem na korzyść pacyentki. Właśnie pomyłka ta rozpoznawcza skłania mnie do ogłoszenia tego przypadku.

Dnia 24 maja zapisała się do oddziału mojego pani Bronisława K., która przybyła do Warszawy ze Siedlec w towarzystwie akuszerki. Chora lat 33, zamężna bezdzietnie już 4 lata, nigdy nie chorowała poprzednio. W grudniu 1912 r. poddała się wyskrobaniu macicy przez doktora Chełmińskiego jakoby dla ułatwienia poczęcia. Peryody były zawsze regularne, nie bolesne, co miesiąc po 4 — 5 dni. Ostatni peryod skończył się 15 lutego 1913 r. Po 7 tygodniowem zatrzymaniu się peryodu chora w następstwie kilka razy zauważyła krew na bieliźnie, znaczniejszego jednak krwawienia ani razu nie było, ani omdlewań, zapaści i t. d. Pierwsze krwawienie wystąpiło 1 kwietnia.

Ostatnio chora leżała przez trzy tygodnie w szpitalu w Siedlcach pod opieką doktora Wiśniewskiego. Akuszerka powiedziała mi, że Dr. Wiśniewski rozpoznał ciążę pozamaciczną.

Przy badaniu chorej w pozycyi zarówno stojącej, jak i w pozycyi leżącej wypuklają się ściany brzuszne nazewnątrz przez twór symetrycznego kształtu, wielkości macicy ciężarnej od 3—4 miesięcy. Per vaginam wymacuje się haematocele retrouterina—macica, czyli raczej szyja jej—uniesiona ku górze przez haematocele oraz odepchnięta ku przodowi ku spojeniu łonowemu. Z trudem tylko wskaziciel był w stanie dotrzeć do szyi macicznej. Oddawanie moczu bardzo utrudnione, a nawet wprowadzenie cewnika do pęcherza było nie łatwe. Siara w sutkach. Sinica pochwy. Bólów żadnych chora nie doznaje. Wywiady bardzo skąpe, ponieważ ani mąż chorej, ani ona sama nie są w stanie dawać jasnej odpowiedzi na zapytania moje względem historyi choroby i t. d. Miałem wrażenie, że chora przybyła do Warszawy głównie pod wpływem strachu, skoro usłyszała o ciąży pozamacicznej, za bardzo niebezpieczną uchodzącej.

Chora przybyła z ciepłotą $+37{,}8^0$ C. i codziennie wieczorem przez 4 dni taką samą ciepłotę wykazywała. Wobec wyniku dwuręcznego badania rozpoznałem ciążę pozamaciczną, przypuszczając, że chodzi równocześnie o ciążę maciczną izochroniczną.

Dnia 28 maja dokonałem laparotomii przy pomocy kolegów Janczewskiego i Rydzykowskiego i Jałowieckiego (narkoza).

Po otwarciu jamy brzusznej w smudze białej i zabezpieczeniu brzegów rany brzusznej wyłoniono macicę na zewnątrz. Macica czyniła wrażenie ciężarnej od przeszło trzech miesięcy. Adnexa lateris sinistri bez osobliwości. Po prawej stronie w położeniu Trendelenburga widać było napięte ligamentum rotundum uteri oraz jajowód prawy, przebiegający prawie pionowo z góry ku dołowi, jajnika prawego nie było widać wcale. Cavum Douglasii wypełnione było przez guz o przeświecających gdzie niegdzie ścianach. Dolny koniec jajowodu prawego ginął w tym guzie. Podwiązano jajowód prawy w pewnym odstępie od macicy oraz ligamentum infundibulopelvicum dextrum. Przecięto jajowód pomiędzy ligaturą a klampem i tak samo ligamentum infundibulopelvicum. Następnie wprowadzono dłoń ręki po za guz, aby go z jamy miednicy małej wyłonić.

Przy tej manipulacyi guz pękł, i wyskoczyła z niego główka płodu niespełna czteromiesięcznego i wylała się woda płodowa — czyli pękło jaje.

Wydobyto jajowód, w którego ampularnej części siedziało łożysko, wśród krwisteku zakopany był jajnik. Haematoma peritubarium—haematocele retrouterina. Adnexa dextra usunięto, o ile się dało, usuwając resztki otoczki haematoceles. Ligatur nałożono zaledwie dwie. Ponieważ tu i owdzie sączyła się krew z resztek płaszcza haematoceles ze ścian cavi Douglasii, miejsca te poddano działaniu żegadła Paquelina dla zatamowania sączenia się krwi po operacyi. (Nieraz już widziałem, że po operacyi w przeciągu kilku dni następnych z powodu właśnie takiego krwawienia pooperacyjnego—suintement du sang—wytworzyła się haematocele retrouterina postoperativa). Krwawienie ustało zupełnie. Po rewizyi jamy brzusznej i skonstatowaniu prawidłowego stanu przydatków lewostronnych — otwór jajowodu był rozwarty, jajnik był prawidłowy—zamknięto jamę brzuszną zwykłym sposobem w kilku piętrach, zaszywając ranę otrzewnej ciągłym szwem strunowym, ranę powięzi węzełkowymi szwami strunowymi i spajając brzegi rany skórnej klamerkami Michela.

Dodać muszę, że na dnie macicy spostrzegłem dwa małe włókniaczki podsurowicze, których jednak nie ruszałem, przypuszczając, że macica jest ciężarna.

Stan pooperacyjny bardzo pomyślny, lecz ciepłota wieczorem jeszcze okazała się zwiększoną (+ 38,2° C.), jak i przed operacyą. Na drugi wieczór + 37,6° C., na trzeci + 36,8° C. Do 9-go dnia jednak ciepłota wieczorowa była cokolwiek zwiększona. 9-go dnia usunięto klamerki — prima reunio vulneris.

Do 6 czerwca, czyli jeszcze przez 10 dni po operacyi, ex utero wydzielina krwawa. Wieczorem po operacyi nadesłał mi łaskawie kolega Wiśniewski błonę doczesną maciczną, która wydzieliła się jeszcze w szpitalu Siedleckim dwa tygodnie temu. Pisałem do kolegi Wiśniewskiego zaraz po przybyciu chorej do mnie, lecz — niestety — odpowiedź oraz błonę doczesną otrzymałem dopiero po dokonaniu operacyi.

Wobec tego, że z macicy wyszła błona doczesna, musiałem wyłączyć istnienie podejrzywanej poprzednio przezemnie równoczesnej ciąży macicznej i rozpoznać włókniak maciczny. Gdybym był przed operacyą miał pewność, że macica zawiera włókniak a nie płód, byłbym macicę przy operacyi usunął w całości, albo na drodze amputacyi. Usunąłem więc niebezpieczeństwo, grożące ze strony ciąży pozamacicznej, lecz chora zatrzymała swój włókniak. Macica przy wypisaniu się chorej ze szpitala dnia 21 czerwca okazała się cokolwiek mniejsza, niż przed operacyą.

Wtedy wyjechałem zagranicę na urlop i w Reichenhall otrzymałem wiadomość od asystenta mego, kol. Janczewskiego, że chora kilka tygodni po moim wyjeździe powróciła do Warszawy wskutek krwawienia i bólów. Okazało się, że włókniak zaczyna rodzić się i rozkładać (gorączka). Kolega Janczewski dokonał hysterotomiae anterioris, przecinając przednią ścianę cervicis uteri po odseparowaniu pęcherza moczowego, włókniak usunął, ranę maciczną zaszył. Szybkie wyzdrowienie. Obecnie więc chora przeszła dwie operacye zamiast jednej, zachowała jednak macicę, zdolną do poczę-

cia. Takim sposobem moja pomyłka rozpoznawcza wyszła chorej na korzyść i to korzyść bardzo wielką, ponieważ małżonkowie gorąco pragną mieć dzieci.

* *
*

II. Spostrzeżenie ciąży pozamacicznej jajowodowej donoszonej o rozwoju śródwięzadłowym jaja płodowego bez pęknięcia jajowodu.

Chora Ignacya Rz., lat 42, zamężna lat 25, urodziła pomyślnie pięcioro dzieci, ostatnie 8 lat temu. Okazało się, że była już u mnie raz w roku 1911, i że wtedy, podejrzywając appendicitis, żądałem narady z kolegą Burschem. Chora jednak wyjechała z Warszawy, nie pokazując się więcej u mnie.

Obecnie pacyentka uważała się znów za ciężarną i oczekiwała porodu w październiku 1913 r. Poród jednak nie nastąpił we właściwym czasie i chora przestała odczuwać ruchy płodu poprzednio bardzo żywe. W listopadzie oraz grudniu 1913, oraz styczniu 1914 r. nastąpił peryod prawidłowy, kilkodniowy. Ostatni peryod skończył się kilka dni temu. Chora przybyła do mnie dnia 4-go lutego 1914 r. Dnia poprzedniego była u jednego z kolegów w Łodzi, który zatamponował pochwę z powodu krwawienia, powstałego po sondowaniu—jakoby—macicy. Wygląd chorej lichy: wychudzona, blada i t. d., jak przy istnieniu złośliwego nowotworu.

Żyły na powłokach brzusznych i na dolnych kończynach znacznie rozszerzone. Jama brzucha wypełniona przez spory guz kształtu jajowatego, który u dołu wypełnia całe cavum Douglasii, odpychając macicę ku przodowi i unosząc ją ku górze. Na przedniej powierzchni guza wymacuje się dno macicy. Odgłos wypukowy wszędzie tępy na guzie, tylko w bocznych częściach jamy brzusznej bębenkowy.

Wobec wywiadów i stanowczego oświadczenia chorej, że czuła ruchy płodu aż do października i że wtedy, gdy poród miał nastąpić, miała bóle przez kilka dni, a po ustaniu bólów ustały też ruchy płodu, rozpoznanie przemawiało na korzyść ciąży pozamacicznej, również i dane dzisiejszego badania dwuręcznego. Daremnie jednak starałem się wymacać części płodu, główkę i t. d. Prześwietlenie rentgenowskie, dokonane przez kol. Królikowskiego, zawiodło. Kol. Królikowski zresztą z góry mi zapowiedział, że nie ma wiele zaufania do aparatu nam dostępnego.

Rozpoznanie wtedy wahało się pomiędzy ciążą pozamaciczną i złośliwym nowotworem jajnika. Mocz prawidłowy, ciepłota normalna. D. 7 lutego, czyli w trzy dni po przybyciu chorej do szpitala, dokonałem laparotomii przy pomocy kolegów Janczewskiego i Jałowieckiego. Operacya w położeniu Trendelenburga. Ściany brzuszne cieniutkie z rozstępem mięśni prostych.

Po zaopatrzeniu brzegów rany brzusznej—serwety przypięte do otrzewnej — wprowadziłem rękę do jamy brzusznej i udało mi się obejść guz

czyli górną jego część bez przeszkody. Tylko w górnej połowie guz był sklejony świeżymi zlepami z sąsiedztwem. Zlepy te poddawały się uciskowi tamponikiem bez krwawienia następczego. Na przedniej powierzchni guza widać było dno macicy, prawostronne przydatki macicy oraz ligamentum rotundum dextrum uteri.

Udało się cały guz z wyjątkiem dolnego odcinka wypchnąć z jamy brzusznej na zewnątrz, przyczem okazało się, że guz jest międzywięzadłowy. Początkowo, mając zamiar macicę pozostawić, odseparowałem ją nożem od guza również jak i odkleiłem prawe adnexa od guza. Dostęp jednak do podstawy guza nieuszypułowanego był tak trudny, że dla ułatwienia operacyi amputowałem macicę. Wtedy dostęp odrazu był lepszy. Przy separacyi macicy od guza guz ten pękł w jednem miejscu i wylało się cokolwiek brudnawej wody płodowej oraz ujrzano główkę płodu, w górnej części guza leżącą. Płyn wylany usunięto serwetami i otwór w guzie zamknięto klampem. Wyseparowano następnie cały guz z podwiązaniem ligamenti infundibulopelvici sinistri oraz ligamenti rotundi, przecinając rozległe zlepy i zrosty powierzchowne dolnej części z sąsiedztwem. Na miejsca krwawiące nałożono kilka podwiązek — krwawienie wogóle bardzo nieznaczne.

Po usunięciu guza rozpatrzono się w terytoryum operacyjnem i zeszyto otrzewną pęcherzową z otrzewną tylną, zakrywając kikuty ligamenti infundibulopelvici oraz ligamenti rotundi utriusque przez ścisłą perytonizacyę. Dla ostrożności włożono do małej miednicy małe sączki z gazy. W jajniku prawym nie znalazłem corporis lutei. Ranę brzuszną zamknięto w sposób zwykły. Ciepłota tylko raz jeden na drugi wieczór po operacyi doszła do + 38° C., dalej przebieg bezgorączkowy. D. 8-go usunięto klamerki brzuszne — rychłozrost. Chora 18-go dnia po operacyi opuściła szpital.

Dnia 24 lutego przedstawiłem chorą na posiedzeniu Tewarzystwa Lekarskiego, aby osobiście opowiedziała tam o przebiegu swojej ciąży, a głównie o tem, że cała ciąża ta jej nie sprawiła żadnych dolegliwości, jakichkolwiek bólów i t. d.! pomimo, że była pozamaciczna. Guz zawierał płód donoszony zmacerowany płci żeńskiej, obumarły przeszło trzymiesiące temu. Łożysko miało aż 25 centymetrów szerokości i usadowione było na tylnej ścianie worka płodowego u dołu czyli w głębi małej miednicy. Łożysko barwy miedzianoczarnawej twarde. Płód był cokolwiek zniekształcony wskutek ucisku po rezorbcyi wód płodowych.

Płód ważył 2590 gramów, miał długości 50 centymetrów; obwód czaszki 36. Pes varus duplex, manus vara, manus valga. Długość pępowiny 40 cm., waga łożyska razem z opróżnionym workiem płodowym 1000 gr. Na tylnej ścianie guza czyli jajowodu kol. Kuligowski znalazł resztki lewego jajnika spłaszczonego i rozciągniętego przez wzrost guza. Nie znaleźliśmy nigdzie śladów brzusznego otworu jajowodu ciężarnego, co wyjaśnia się przez zmiany wtórne, zrosty zapalne i t. d. Była to więc ciąża jajowodowa donoszona bez pęknięcia, pomimo, że ciąża dotarła do okresu dojrzałośc

płodu — rozwinięta śródwięzadłowo. Więcej szczegółów — pomimo starannego badania preparatu pooperacyjnego — wyjaśnić nie mogliśmy.

Był to 136 przypadek ciąży pozamacicznej, operowany przezemnie lub asystentów moich w przeciągu lat 20 istnienia Oddziału Ginekologicznego Szpitala Ewangelickiego. Wogóle w praktyce mojej miałem do czynienia z ciążą pozamaciczną 415 razy, wliczając i spostrzeżenia, dotyczące praktyki konsultacyjnej, czyli przypadków, które widziałem tylko, jako konsultant.

Kazuistyka moja obejmuje 136 przypadków, operowanych w szpitalu, oraz 83 przypadki w szpitalu nie operowane, i — 196 przypadków w praktyce prywatnej nie operowanych. Na owe 279 przypadków nie operowanych przezemnie przypada przypadków 43 operowanych przez innego operatora. W przypadkach nieoperowanych albo rodzina nie zgodziła się na operacyę, albo też chodziło o haematocele in stadio regressivo. O wielu z tych chorych relacyi późniejszych wcale nie miałem, tak że nie mogę powiedzieć, czy były w następstwie operowane przez kogo innego, czy wyzdrowiały lub zmarły? O 6 chorych wiem, że zmarły bez operacyi. 15 razy ciąża była donoszona lub prawie donoszona. Z tych przypadków 15-tu operowałem osobiście 6, trzy operował ś. p. Krajewski, a jeden kol. Grosglik. 9 razy widziałem ciążę pozamaciczną powtórną u tej samej chorej, dwa razy ciążę obustronną, dwa razy ciążę izochroniczną heterotopiczną, dwa razy ciążę śródmiąższową oraz kilka razy pierwotną ciążę jajnikową. Raz jedyny tylko udało mi się wydobyć donoszony płód pozamaciczny żywy, który jednak zmarł w 9 godzin po operacyi wskutek atelektaseos pulmonum. Ś. p. Prof. Brodowski, który dokonał obdukcyi płodu, przypisywał przyczynę niezdolności płodu do życia temu, że matce w przeciągu trzech miesięcy wstrzykiwano trzy razy dziennie morfinę.

* *
*

III. Niezwykły przypadek włókniaka macicy.

Pomimo, że kazuistyka moja szpitalna obejmuje przeszło 100 przypadków operacyi, we włókniakach macicznych dokonanych, jednak ani razu nie natrafiłem na tak niezwykły przypadek, jak ten, który pragnę opisać — również nie znam ani jednego przypadku podobnego w piśmiennictwie naszem lub obcem.

Dnia 25 lutego r. b. przybyła do mnie pacyentka z Kaliskiego, 45-letnia mężatka, która, zamężna od lat 22, urodziła pomyślnie 10 razy i raz jeden poroniła. Ostatni poród 4 lata temu. Porody odbywały się zawsze siłami natury i bez powikłań poporodowych. Chora przybyła do mnie jedynie z powodu tego, jak wyraża się, że lekarz w Kociołkach rok temu powiedział jej, że ma guz w brzuchu. Peryody jak dawniej, tak i teraz regularne co 4 tygodnie po 5 dni, bez bólu i niezbyt obfite. Żadnych bólów wogóle pacyentka dotychczas nie doznawała, „ino stolce były w ostatnich czasach utrudnione", jak wyraża się chora. Ostatni peryod nastąpił kilka dni zawcześnie.

Kobieta wysokiego wzrostu, wycieńczona, chuda, o obrzękach dolnych kończyn, gruczołach pachwinowych powiększonych. Na powłokach skórnych cały szereg wrzodzianek, bądź już wygojonych, bądź jeszcze otwartych. Na powłokach brzusznych ropiejąca wrzodzianka w blizkości pępka. Brzuch wypuklony, jak w końcu ciąży, przez potężny guz, wypełniający jamę brzuszną (obwód brzucha 97 cm., odstęp od szczytu guza do spojenia łonowego 27 cm.) i sięgający u dołu do samego otworu pochwy, w którym guz sterczy, widoczny od razu przy rozwarciu warg sromnych. Cała pochwa wypełniona przez guz twardy, wielkości przeszło pięści dorosłego mężczyzny. Guz ten wychodzi z przedniej wargi colli uteri. Z wielkim trudem udało się wprowadzić wskaziciel do światła pochwy aż do ujścia macicy. Tylna warga ust macicznych spłaszczona przez ucisk, cienka. U góry guz sięga aż do epigastrium, jest kształtu jajowatego, mało ruchomy. Serce, płuca, nerki w porządku, również co do wątroby nie znaleziono żadnych danych chorobowych. Ściany brzuszne bardzo cienkie, wiotkie, o rozstępie mięśni prostych.

Nie sposób było przekonać się dokładnie, czy guz, wypełniający pochwę, był poprostu cerwikalnym guzem, czy też stanowił jedną całość z guzem, jamę brzuszną wypełniającym. Ze względu na obecność wrzodzianki musiałem operacyę odłożyć aż do wygojenia tejże, co potrwało 17 dni. Przed operacyą naradzałem się z asystentami moimi, którędy lepiej będzie guz atakować — czy najprzód usunąć guz, w pochwie sterczący, czy też od razu przystąpić do laparotomii? Koniec końców postanowiłem najprzód usunąć guz w pochwie sterczący, a na tem samem posiedzeniu następnie po zmianie narzędzi, fartuchów i t. d. dokonać laparotomii. Rozpoznanie brzmiało: Fibromyoma uteri vastum przy możliwości koincydencyi 2 guzów, dolnego i górnego.

Dnia 13 marca dokonałem operacyi przy pomocy kol. Janczewskiego, oraz kolegów Jałowieckiego, Goldberga i Chodakowskiego. Uśpienia chorej podjął się kol. Orzechowski (15 gr. chloroformu oraz 200 gr. eteru-ante operationem pantopon, a wieczorem przed operacyą weronal).

Operacya była zmudna, trwała nieomal 3 godziny.

Najprzód więc starałem się usunąć guz dolny. Po rozłupaniu płaszcza jego chciałem go wyłuszczyć z łoża — okazał się jednak tak ściśle z łożem zrośnięty, że musiałem wyrzec się planu i „par morcellement" po kawałku usunąć guz nożyczkami grubemi. Krwawienie przytem było bardzo nieznaczne, płaszcz guza mało unaczyniony był bardzo cienki. Po wycięciu wszystkiego, co było przez pochwę dostępne — masy wielkości około półtorej pięści—nałożyłem per vaginam dwa klampy zębate na korzeń guza, aby później przy ich pomocy wyciągnąć per vaginam guz u góry wyosobniony.

Po odpowiedniem ułożeniu chorej oraz zmianie narzędzi, fartuchów i t. d., rękawiczek nicianych, przy pochwowej operacyi używanych, na gumowe i t. d. otworzyłem jamę brzuszną—cięcie musiałem przedłużyć aż do samego epigastrium prawie z powodu wielkości guza. Po zaopatrzeniu brzegów rany otrzewnowej wyłoniłem guz z jamy brzusznej, przyczem okazało się, że chodziło o olbrzymi włókniak przedniej ściany macicy, przewyższa-

jący bardzo znacznie dno macicy, na tylnej powierzchni guza u dołu widoczne.

Po uchwyceniu czterech kardynalnych naczyń klampami amputowaliśmy corpus uteri. Podwiązaliśmy każde ligamentum infundibulopelvicum i rotundum. Na przedniej powierzchni macicy przed amputacyą cięciem półksiężycowatem, wypukłem ku górze, stworzyliśmy płat perytonealny przedni. Obcięto corpus uteri, następnie wyłuszczono średni odcinek guza — czyli macicy — leżący pomiędzy powierzchnią amputacyjną a częścią guza per vaginam usuniętą, podwiązano arteriae uterinae.

Dokonaliśmy w taki sposób wycięcia całej macicy. Obecnie sterczało przed nami światło pochwy po wyciągnięciu przy pomocy pozostawionych in situ w pochwie 2 klampów średniego odcinka guza przez kol. Chodakowskiego. Do światła pochwy od góry wepchnęliśmy długi pas gazy jodoformowej, wypełniając całą pochwę, następnie zmniejszyliśmy powierzchnię rany cokolwiek kilkoma szwami strunowymi, oraz nałożyliśmy kilka podwiązek na drobne naczynia tu i owdzie krwawiące, zrezekowaliśmy cokolwiek płaszcz otrzewnowy, czyli przedni listek pęcherzowy—otrzewnej, oraz tylny listek — przedniej ściany cavi Douglasii i te dwa listki ze sobą spoiliśmy szwem strunowym ciągłym, zamykając w taki sposób jamę brzuszną u dołu szczelnie. Ranę brzuszną zaszyliśmy całkowicie w sposób zwykły.

Po ukończeniu operacyi wpakowaliśmy do pochwy od dołu jeszcze dwa tampony uciskowe, aby zapobiedz wybroczynom krwawym ze spatium subperitoneale.

Przebieg pooperacyjny był dobry, gdyż chora na nic nie uskarżała się, był jednak gorączkowy w związku z pozostawieniem tej części rany, która leżała pomiędzy otrzewną i światłem pochwy, otwartą a więc przeznaczoną na zamknięcie się per secundam. To też powstał ropień, który pękł 10 dnia po operacyi w dolnym kącie rany brzusznej. Poprzednio wytworzył się wysięk zapalny w związku z tamponacyą pochwy, przyczem prawdopodobnie nastąpiła retencya wydzieliny przyrannej. Ciepłota spadła zaraz po wylaniu się ropy z $+38{,}4^0$ C. na $+36{,}8^0$ C., i obecnie chora już jest na drodze do ukończenia kuracyi. Subjektywny stan wyborny, mocz oddaje sama, stolce naturalne, samowolne, obrzęki dolnych kończyn zginęły zupełnie, i chora wkrótce opuściła szpital. Rana brzuszna była tak długa, że nałożono aż 26 klamerek Michela.

Guz olbrzymi ważył 10 funtów, miał długości 36 centymetrów, największego obwodu 55, największej szerokości 19 centymetrów. Cavum uteri wydłużone miało 25 centymetrów głębokości. Pochwowa część guza miała 9 centymetrów wysokości, nadpochwowa część guza 27 centymetrów, jajowód prawy wydłużony 11 centymetrów długości. Adnexa, prawidłowe zupełnie, usunięto razem z guzem. Spoistość guza twarda, fibromatyczna. Badania drobnowidzowego guza podjął się kol. Kuligowski: fibromyoma.

Spostrzeżenie to jest rzadkie bardzo i zajmujące dla różnych okoliczności. Primo, że w naszych czasach guz brzuszny jeszcze może dojść do takiej wielkości pomimo, że przecież operatorów i na prowincyi nie brak; secundo wobec indolencyi samej pacyentki, która przez lata długie z tego guza nic sobie nie robiła, nie mając żadnych cierpień jakichkolwiek prócz utrudnionego w ostatnich czasach stolca. Tertio, wobec odporności chorej, która tak długo trwającą narkozę i operacyę tak dobrze zniosła. Wobec tego, że na jednem posiedzeniu wypadło operować i per vaginam i drogą górną, obawiałem się powikłań co do ścisłej aseptyki utrudnionej. Nareszcie zasługuje na uwagę osobliwa ubikacya guza. Czyż nie wygląda tak, jak gdyby natura sama miała dążenie do wypchnięcia tego guza per vias naturales? Dolny odcinek guza rósł w kierunku najmniejszego oporu, czyli versus lumen vaginae.

Czy w takich przypadkach zasadniczo operować od razu od góry, czy też nie? Osobiście wolałem najprzód usunąć dołem, co się dało, i bynajmniej tego nie żałuję. Gdybyśmy przystąpili od razu do laparotomii, przypuszczam — mielibyśmy ogromne trudności z usunięciem dolnej części guza z większem narażeniem np. moczowodów na skaleczenie i t. p. Właśnie usunięcie poprzednie dolnej części guza ogromnie ułatwiło technikę operacyi górnej. Gdyby mi natrafił się podobny przypadek drugi, z pewnością postąpiłbym tak samo.

Zresztą panować będzie co do wyboru drogi operacyjnej zawsze pewien indywidualizm, zależny od operatora, jego doświadczenia, techniki i t. d.

Wynik zaś operacyi tak trudnej i długotrwałej zależy nietylko od operatora, jego osobistego doświadczenia, techniki i aseptyki, ale co najmniej i od stanu zdrowia operowanej, stanu płuc, serca, wątroby, nerek, od charakteru i długotrwałości uśpienia, od odporności operowanej, od środowiska, w którem operacya odbywa się i nie w ostatniej mierze od dobrej, wyćwiczonej asysty oraz ścisłej aseptyki całego personelu sali operacyjnej, nareszcie — od umiejętnej opieki pooperacyjnej.

* *
*

IV. Przypadek cesarskiego cięcia przy drgawkach porodowych z pomyślnem dla matki i dziecka zejściem.

Dnia 14 grudnia 1912 zgłosiła się do mnie pani Z. P. z polecenia kol. Dr. Konarzewskiej z powodu białkomoczu podczas ciąży, przynosząc ze sobą analizę moczu, przez kol. Paszkiewicza dokonaną, i wykazującą sporą odsetkę białka w moczu.

Pacyentka lat 35, zamężna od 11 miesięcy, ostatni peryod miała dnia 24 lipca, oczekiwała więc porodu około 1-go maja 1913 r. Na razie dałem pacyentce wskazówki dyetetyczne i lecznicze względem białkomoczu (Nephritis gravidarum), co się zaś tyczy prośby jej o opiekę moją podczas porodu, uzależniłem to od warunku, aby pacyentka odbyła poród nie w domu u siebie, a w Zakładzie przy ulicy Marszałkowskiej. Pacyentka warunek ten przyjęła. W oczekiwanym okresie jednak daremnie o nią w Zakładzie pytałem się, powiedziano mi tylko, że zamówiła sobie pokój. Dopiero w dniu 17 maja pacyentka popołudniu przybyła do zakładu, mając od rana słabe bóle. Widziałem pacyentkę tegoż dnia wieczorem, stwierdziłem obrzęki silne, bladość twarzy błyszczącej i mocno tem zaniepokoiłem się, obawiając się długotrwałego porodu oraz drgawek porodowych. Ujście było rozwarte na kopiejkę, główka leżała wysoko i była ruchoma, pęcherz płodowy wiotki, nie napięty.

Rano około godziny 6-tej wody płodowe częściowo odeszły. Bóle były rzadkie i słabe. Oczekiwałem po powrocie do domu co chwila alarmu, lecz tegoż nie było, dopiero rano o 10-ej zatelefonowano do mnie, że, aczkolwiek poród mało postąpił, chora jest niespokojna i pragnie, abym przybył do zakładu. Pojechałem w tej chwili. Przy wejściu mojem do pokoju wybuchnął atak drgawek, co prawda niezbyt silny i krótki. Dokonano w tej chwili wenesekcyi z dość znacznym upustem krwi. Chora była niezupełnie przytomna po ataku, bo nawet aktu wenesekcyi nie zauważyła.

Przy badaniu znalazłem ujście macicy rozwarte na pięciokopiejkówkę, lecz główkę jeszcze wysoko leżącą i ruchomą ponad wejściem do małej miednicy. Worek płodowy wiotki wisiał w ujściu macicznem nie napełniony. Krocze wysokie, niepodatne, twarde, pochwa ciasna. Skorzystałem z obecności kol. Natansona w Zakładzie i prosiłem go, aby chorą również zbadał. Osobiście wobec tego, że chodziło o pierwiastkę i to pierwiastkę lat już 35, wobec chociaż umiarkowanego spłaszczenia miednicy w sprzężnej wejścia, wobec nieprzygotowanego dla porodu przez poprzednie porody stanu dróg porodowych, wobec dziecka prawdopodobnie przenoszonego byłem tego zdania, aby w celu ocalenia i matki i dziecka nie czekać na nowy atak drgawek, lecz poród jaknajprędzej ukończyć na drodze cięcia cesarskiego, uważając eklampsyę za zatrucie—autointoksykacyę placentarnego pochodzenia. Kol. Natanson zdanie moje podzielał, a więc zaczęliśmy szykować się do operacyi.

Podczas mycia rąk dano mi znać, że nastąpił drugi atak — silniejszy

i cokolwiek dłuższy od pierwszego. W tej chwili po ataku chorą przeniesiono na salę operacyjną i wstrzyknięto podskórnie jedną dawkę pantoponu. Narkozy podjął się kol. Bruehl (eter siarczany), asystowali mi koledzy Boryssowicz i Natanson. Operacyi dokonałem 18 maja o godzinie pierwszej po południu. Operacya była bardzo prosta, bez jakichkolwiek powikłań. Po otwarciu jamy brzusznej cięciem cokolwiek powyżej pępka sięgającem obłożono oba brzegi rany otrzewnej serwetami, trzecią wepchnięto za dno macicy wyłonionej cokolwiek z rany brzusznej, czwartą u dołu pola operacyjnego ponad spojeniem łonowem. Wtedy otworzyłem jamę macicy cięciem podłużnem — ujawniła się zaraz rączka płodu. Wydobyto płód męzki żywy wagi 4350 gr., a więc znacznie przenoszony, za nóżkę jedną. Rana maciczna nie krwawiła prawie wcale. Łożysko wyciśnięto po kilku minutach i wstrzyknięto podskórnie jedną dawkę pituitryny. Po wydobyciu worka płodowego wnet za łożyskiem i po skontrolowaniu całej powierzchni wewnętrznej macicy nałożono szwy. Macica dobrze skurczona miała wielkość 2 pięści ze sobą złożonych. Nałożyłem ciągły szew strunowy na mięsień maciczny, nie chwytając śluzówki macicznej. W dolnym i górnym rogu rany nałożyłem po jednym szwie węzełkowatym. Drugie piętro również ciągłego szwu służyło do perytonizacyi rany. Z miejsca ukłuć igły nie krwawiło prawie wcale. Macicę dobrze skurczoną pogrążyłem do jamy brzusznej i zaszyłem wtedy jamę brzuszną, mianowicie nałożyłem jeden szew ciągły strunowy na ranę otrzewnej, taki sam na ranę powięzi, a ranę powłok skórnych zamknąłem klamerkami Michela.

Dla ostrożności przed nałożeniem klamerek nałożyłem 5 szwów z silkwormu, chwytających brzegi rany brzusznej extra fasciam; zawiązałem je dopiero po nałożeniu klamerek. Przed wiązaniem nitek silkwormu nałożyłem na ranę brzuszną, klamerkami zamkniętą, podłużny wałek z gazy, a nitki silkwormu związałem na tym wałku z gazy. Szwy te miały na celu przycisnąć powłoki skórne do podłoża, aby zapobiedz wybroczynom krwawym z warstwy ściany brzusznej pomiędzy powięzią a samą skórą leżącej. Jodyna, plastry lepkie, bandażowanie brzucha.

Przebieg pooperacyjny był jaknajpomyślniejszy, ataku drgawek już nie było. Obrzęki kończyn i twarzy zginęły po kilku dniach. Nazajutrz rano euphoria, obnubilatio sensorii ustąpiła. Ciepłota rano $+36{,}5^0$ C., tętno 80 Język wilgotny, samopoczucie dobre. Wiatry jeszcze nie odchodziły. Chora dostaje barszcz i herbatę. Poczynając od czwartego dnia po porodzie dawałem chorej interne urotropinę. Ciepłota ani razu nie dochodziła do $+37{,}0^0$ C. stopni prócz 20-go maja, czyli na trzeci dzień po operacyi. 24 maja usunięto klamerki z brzucha — prima reunio vulneris. Dnia 28. maja, czyli 10-go dnia po operacyi, chora opuściła zakład in euphoria completa, karmiąc chłopca swego. Dnia 14 czerwca odwiedziła mnie w domu na prośbę moją, aby pokazać się dla kontroli pooperacyjnej. Euphoria absoluta.

* *
*

Nie będę w tem miejscu rozpatrywał zapatrywań różnych szkół położniczych na leczenie drgawek porodowych oraz różnego zapatrywania się na wskazania do tego lub owego postępowania operacyjnego, ponieważ kwestye te rozpatrywane były w ostatnich czasach niejednokrotnie i prawie nie wychodzą z pola dyskusyi na kongresach. Zresztą przekraczałoby to rozmiary pisma. Przytaczam tylko, że w moim przypadku miałem wybór pomiędzy: 1) postępowaniem wyczekującem sub narcosi, dziś gorąco zalecanem przez Stroganowa z ewentualnem późniejszem ukończeniem porodu przy pomocy kleszczy, obrotu i t. d.; 2) sectio caesarea vaginalis Duehrssena i 3) sectio caesarea classica — nie biorąc w rachubę sectio caesarea extraperitonealis, której nie jestem zwolennikiem, uważając operacyę tę za niebezpieczniejszą od cięcia klasycznego z wielu względów. Pierwszy dokonał w drgawkach porodowych cięcia cesarskiego Halbertsma z Utrechtu w Hollandyi. Za owych czasów jednak aseptyka i technika jeszcze nie odpowiadały dzisiejszej aseptyce i technice, a więc śmiertelność okazała się dosyć znaczna.

Pomimo to Halbertsma obstawał przy swoich zapatrywaniach, jedynie zrobił ustępstwo Duehrssenowi takie, że osobiście wyrzekł się sectionis caesareae w przypadkach, gdzie pars supravaginalis cervicis uteri jest już wygładzona, o czem w moim przypadku nie było ani mowy. Dla dziecka rokowanie jest najlepsze po sectio caesarea w samym początku porodu, cokolwiek gorsze po postępowaniu pochwowem Duehrssena, najgorsze zaś w przypadku wyczekiwania samowolnego rozwiązania, dla matki zaś podług Duehrssena gorsze po cięciu cesarskiem, niż po sectio caesarea vaginalis. Może być, że dla wielu przypadków Duehrssen ma racyę, ale wątpię, żeby w moim przypadku przy bezgorączkowym stanie pacyentki dał pierwszeństwo cięciu pochwowemu, a to głównie z powodu, że chodziło o pierwiastkę i to przeszło 36 letnią, spłaszczenie miednicy, przenoszone dziecko oraz nieprzygotowane drogi porodowe — cervix, pochwa, ujście pochwy, krocze niepodatne. Warunki dróg porodowych miękkich wymagałyby z konieczności nacięcia nietylko ścian cervicis uteri ale i krocza, ujścia pochwy przy szansach dla życia płodu więcej, niż wątpliwych. Gdzie chodzi o przypadek

aseptyczny bez gorączki, osobiście zawsze będę wołał decydować się na cięcie cesarskie klasyczne, niż na cięcie cesarskie pochwowe. Na metodę Stroganowa zaś nie reflektowałbym u pierwiastki.

John T. Williams (The present position of abdominal caesarean section in eclampsia. Boston Med. and Surg. Journal. Vol 168, № 13, pg. 456—458, 1913) podaje odsetkę śmiertelności od cięcia cesarskiego w drgawkach na 48,2%, przy innych postępowaniach na 26% tylko i wypowiada się za cięciem cesarskiem tylko dla przypadków, wyłączających postępowanie inne. Mc Pherson (The indication for abdominal caesarean section with the technic of operation and analysis of 352 cases. New York State Journal of Medicine. Vol 13, № 13, pg. 135—141, 1913) podaje, że na 20 cięć cesarskich sub eclampsia dokonanych śmiertelność dla matki wynosiła 25%, dla dziecka 10%.

Ponieważ Duehrssen (Handbuch der Geburtshuelfe, herausgegeben von Fr. v. Winckel. Wiesbaden. 1905. Zweiter Band. III Teil, str. 2411) podaje śmiertelność dla jego własnego postępowania pochwowego na 20,7% w eklampsyi, to pytam się, jaka jest wielka różnica pomiędzy odsetką śmiertelności, podaną 1905 przez Duehrssena dla swego postępowania, a odsetką śmiertelności dla cięcia cesarskiego, podaną 1913 przez Mc Phersona? Mc Pherson podaje odsetkę śmiertelności na 25% dla sectio caesarea, a Duehrssen dla postępowania pochwowego na 20,7%. Różnica nie jest bardzo wielka, a gdy liczyć się i z losem dziecka, to stanowczo rokowanie cesarskiego cięcia znajdzie pierwszeństwo, ma się rozumieć—warunkowe, zależne od danego przypadku.

U wieloródki kwestya wyboru operacyi leży zupełnie inaczej i na korzyść sectionis caesareae vaginalis, ale u pierwiastki i to starszej już od lat 30 pierwszeństwo zasługuje, mojem zdaniem, o ile chodzi o przypadek czysty, aseptyczny, nie gorączkujący, sectio caesarea alta classica.

Przy końcu przytaczam jeszcze artykuł Drummonda Maxwella: „Case of puerperal eclampsia treated by Caesarean Section“ (Proceedings of the Royal Society of Medicine. Vol VI, № 2, London, December, 1912. Obstetrical and Gynecological

Section, pg. 43—45). Chodziło o 19-letnią pierwiastkę, która miała rodzić 25 lipca 1912 r.

Chorą przywieziono dorożką do kliniki dnia 23 lipca zupełnie przytomną około 10-ej rano. Miała ona w domu po 8-ej rano trzy ataki drgawek a czwarty lekki w dorożce. Obrzęki wyłącznie dolnych kończyn. Ślady białka w moczu. Bóle co 20 minut. Położenie płodu czaszkowe. Bicie serca płodu prawidłowe. Cervix zamknięta jeszcze. Na razie postanowiono wyczekiwać dalszego postępu porodu (Magnesia sulfurica, Oleum Ricini, wlewania rozczynu soli per rectum, mokre ciepłe okłady). O godzinie 10 i pół piąty atak drgawek, trwający 5 minut. Chora jednak odzyskała przytomność. O godzinie 12 minut 40 szósty atak; przytomność po tym ataku nie powróciła. O godzinie 1 min. 45 szyja sama wygładzona, lecz otwór zewnętrzny macicy z trudem wpuszcza palec. O godz. 2 min. 15 siódmy atak, o godz. 2 min. 30 ósmy atak. Pacyentka po tym ataku znów odzyskała przytomność. O godz. 3-ej po południu dziewiąty atak, trwający około 10 minut. Utrata ponowna przytomności. Nowe ataki o godz. 4 m. 15 — 4 m. 55 — 5 m. 20 i o godz. 6-ej trzynasty atak. Od 9-go ataku przytomność zatracona. Maxwell był u chorej po raz drugi wieczorem o godz. 6 m. 30. Ujście macicy wpuszcza z trudem palec. Licząc na to, że poród naturalny potrwa conajmniej jeszcze godzin 12, i że coma chorej trwa już kilka godzin bez przerwy, zdecydował się na cięcie cesarskie i uważał za nader szczęśliwy wynik, że wydobył dziecko żywe, które zwykle obumiera podczas dyskutowania kwestyi, czy przystąpić do cięcia cesarskiego, czy nie. Pomimo, że w jamie macicy było już łajno dziecka, dziecię wydobyte na świat zaraz głośno krzyczało. Maxwell naumyślnie nie tamował krwawienia z macicy, uważając takowe za zbawienne jak wenesekcya — na co już zwracał uwagę w Niemczech dawno Nagel — dopiero przed zaszyciem rany brzusznej kazał dokonać podskórnego wlewania rozczynu soli kuchennej. Ataku więcej nie było, i nastąpiło rychłe wyzdrowienie. Białko w moczu zginęło już po kilku dniach. Chora odzyskała przytomność w 32 godzin po operacyi.

Maxwell usprawiedliwia swoje postępowanie 5 warunkami: 1) że chodziło o pierwiastkę, 2) że miała już 5 ataków drga-

wek przy nierozpoczętym porodzie, 3) że ataki następowały coraz częściej jeden po drugim bez odzyskania przytomności, 4) że ujście maciczne pomimo wielogodzinnego wyczekiwania nie rozwarło się, 5) że wyczekująca terapia wykazała absolutne fiasko. Jeśli zastanowić się nad tem, kończy autor, że odsetka śmiertelności dla ciężarnej po cięciu cesarskiem podług Arm. Routha nie wynosi więcej niż 2,9%, nie sposób przypuszczać, aby dokonanie cesarskiego cięcia w drgawkach porodowych miało odsetkę tę cesarskiego cięcia powiększyć.

Z kilku zdań przezemnie przytoczonych widać, jakie panują różnice dotychczas w poglądach. Niechaj i mnie wolno będzie mieć zdanie własne. Jeżeli postąpiłem błędnie i zostanę o tem przekonany, chętnie w przyszłości postąpię inaczej.

Mojem zdaniem — zrobiłem, co wypadło. Matka powróciła z kliniki do męża z dzieckiem, które karmi, a mogło skończyć się zupełnie inaczej. Dodać muszę przy końcu, że podziwiam cierpliwość angielską Maxwella, wyczekiwania tyle godzin przy objawach niebezpieczeństwa z godziny na godzinę rosnących.

Na zakończenie pozwalam sobie dodać jeszcze jedną uwagę.

Gdy byłem studentem drugiego kursu medycyny w Dorpacie, wykładał nam fizyologię słynny profesor Aleksander Schmidt, pokazując nam działanie tych i owych środków experymentalnie. Pamiętam, że pewnego dnia demonstrował nam działanie strychniny na żabę. W ścianie pomiędzy jednym pokojem a drugim była framuga, zamknięta z obu stron lufcikiem szklanym. Do tej framugi wsadził żabę, której poprzednio wstrzyknął podskórnie pewną dawkę strychniny.

Otóż wiadomo, że strychnina, dana w dawce dostatecznej, wzmaga ogromnie wrażliwońć odruchową mózgu, medullae oblongatae oraz rdzenia, szczególnie wrażliwość słuchową, optyczną i dotykową. Żaba siedziała spokojnie we framudze oszklonej. Gdy tylko stuknąć patyczkiem o szybę okienka — w tej chwili żaba dostawała konwulsyi.

Przy większej dawce strychniny wywołuje ona u żaby i ciepłokrwistych zwierząt jak curare paraliż peryferycznych końców motorycznych nerwów. Otóż, jak wiadomo, Stroganow przy swojem leczeniu eklampsyi narkozą stawia jako warunek

bardzo ważny wymaganie absolutnej ciszy w pokoju, unikanie chociażby najmniejszego szmeru, głośnej rozmowy, kaszlu i t. p., jak również stara się o to, aby nie było przewiewu powietrza w pokoju, zamyka szczelnie wszystkie drzwi i okna i t. d.

Gdy byłem na kongresie międzynarodowym ginekologicznym w Petersburgu, byłem świadkiem postępowania Stroganowa w 2 przypadkach drgawek, demonstrowanych na kongresie w klinice de Otta. Profesor Stroganow zrobił tutaj wyjątek dla celów demonstracyjnych, wykładał swój sposób postępowania po rosyjsku, mnie zaś prosił słowa jego dla słuchaczów zagranicznych tłómaczyć na język francuski i niemiecki. I wtedy zaznaczył on kategorycznie postulat absolutnej ciszy i t. d. dokoła ciężarnej eklamptyczki — widocznie, że obawiał się, aby jakikolwiek hałas, szmer głośny, przewiew powietrza w pokoju i t. d. nie wywołał ataku drgawek. Jeśli obstaje przy wymaganiu absolutnej ciszy dokoła eklamptyczki, przecież musiał mieć po temu przyczynę — widocznie, że przy drgawkach grać musi rolę wzmożona wrażliwość centrów reflektorycznych czyli odruchowych ustroju, podobnie jak u żaby po małej dawce strychniny.

Wracając do mego spostrzeżenia zaznaczam tylko fakt, że w zakładzie leżała rodząca dotknięta nefrytem ciężarnych i że lada chwiła mógł wybuchnąć pierwszy atak drgawek, a jednak tych ataków przez całą pierwszą noc nie było. Gdy tylko następnego dnia rano wszedłem do pokoju chorej, która mnie oczekiwała, momentalnie wybuchł pierwszy atak. Czyżby to było przypadkiem, czy też wrażenie psychiczne przybycia mojego, co u chorej wywołało na drodze refleksów wystąpienie ataku? Nie śmiem odpowiedzieć na to zapytanie, jednak nie mogę pominąć takiego zapytania milczeniem.

Z oddziału chorób kobiecych przy szpitalu św. Wincentego w Lublinie.

Dwa przypadki ciąży, powikłanej obecnością bąblowca w tkance okołomacicznej

napisał

CZESŁAW CZERWIŃSKI.

W październiku 1911 roku zgłosiła się do mnie stała mieszkanka Kazimierza (nad Wisłą) niezamężna, 25-cio letnia Wiktorya O. Od dzieciństwa od czasu do czasu miewała ona silne bóle w dolnej części brzucha, a od 2-ch lat stały ból w cewce moczowej; poza tem była zawsze zupełnie zdrowa.

Miesiączkować zaczęła w 14-ym roku życia, poczem prawidłowo co 4 tygodnie zjawiała się miesiączka i trwała za każdym razem po 3—4 dni bez bólów. Obecnie ostatni raz peryod był przed dwoma miesiącami i okoliczność ta skłoniła chorą do zasięgnięcia porady lekarskiej, z której przedtem nigdy nie korzystała.

Chora średniego wzrostu, silnej i prawidłowej budowy ciała, przedstawia typ zdrowej wiejskiej dziewczyny.

Badanie narządów rodnych wykazuje: zewnętrzne narządy płciowe prawidłowe, szyja macicy rozpulchniona, macica powiększona, miękka, posiada wszystkie cechy ciąży dwumiesięcznej; część pochwową macicy znajdujemy tuż za spojeniem łonowem, a dno jej wyczuwa się na 3 palce ponad górnym brzegiem kości łonowej (superpositio uteri); prócz tego macica jest przesunięta w prawo od linii środkowej (lateropositio dextra) i pochylona na prawo (dextroversio).

Takie położenie macicy powstało wskutek obecności guza, wypełniającego prawie całą jamę miednicy małej, całą jamę Douglasa, całe lewe sklepienie i część prawego. Kształt guza nieprawidłowo jajowaty z wydłużonym jednym biegunem, który wyczuwa się z zewnątrz nad lewym więzem Pouparta; ruchomość guza bardzo nieznaczna, jest on twardy, ale jednocześnie

do pewnego stopnia sprężysty, na dotyk zupełnie niebolesny. Jajników i jajowodów wyczuć nie mogłem ze względu na grubość powłok brzusznych. Rozpoznanie: ciąża 2-u miesięczna, torbiel skórzasta jajnika.

Dnia 7 października 1911 r. umieściłem chorą (№ 2106) w oddziale swoim w szpitalu św. Wincentego, a w dniu 11-ym przystąpiłem do zabiegu; w uśpieniu chloroformowem cięcie powłok brzusznych podłużne od pępka do spojenia łonowego; po nacięciu otrzewnej w ranę brzuszną wstawia się macica wraz z prawym jajowodem i jajnikiem; tylna ściana jej zrośnięta z guzem; otrzewna, pokrywająca dno macicy, bezpośrednio przechodzi na guz, który ma wygląd zwykłej torbieli; macica cała siedzi na nim z prawej strony, a z lewej strony łączy się on ściśle z drugim mniejszym guzem, tworząc całość charakterystyczną dla torbieli wielokomorowej. Tylna powierzchnia guza bez zrostów, ręką obejść się od tyłu nie daje; w poprzecznym kierunku z lewej strony po przedniej powierzchni guza przebiega lewy jajowód, którego otrzewna przechodzi bezpośrednio na guz, lewy jajnik leży na powierzchni guza głęboko z tyłu.

Rozpoznano torbiel międzywięzadłową lewego więzu szerokiego i przystąpiono do wyłuszczenia jej z pod otrzewnej; w tym celu nadciąłem otrzewną poprzecznie w miejscu jej przejścia z tylnej ściany macicy na guz i przy próbie zesunięcia jej z guza przez niewielkie pęknięcie cieniutkiej jego ściany wypłynęło około szklanki jasnego, przezroczystego jak woda płynu; guz jednak nie zmniejszył się prawie wcale; przy dalszych manipulacyach ściana guza pękła szeroko, i wtedy z jamy jego zaczęły wydzielać się nazewnątrz w ogromnej liczbie pęcherze wielkości od orzecha włoskiego do ziarnka soczewicy; dopiero w tym momencie operacyi rozpoznanie bąblowca stało się oczywiste.

Jak można najprędzej ręką, wprowadzoną do wnętrza guza, opróżniłem tenże z reszty jego zawartości, i po dokładnej tualecie i zmianie wszystkich serwet przystąpiłem do wydobycia pęcherza macierzystego, co okazało się niebywale ciężkiem z powodu ścisłego połączenia z tkanką podotrzewnową, a w szczególności z tylną ścianą macicy i jajowodem, krwawienie jednak przytem było bardzo nieznaczne. Po wydobyciu całej ściany pęcherza powstała ogromna jama, którą wypełniłem workiem Mikulicza. Rana w ścianie brzusznej zaszyta szwem 3-y piętrowym.

Badanie drobnowidzowe płynu z pęcherzyków wykryło charakterystyczne haczyki bąblowca.

Zabieg cały zniosła chora doskonale, przebieg pooperacyjny był zupełnie bezgorączkowy; część rany zagoiła się przez rychłozrost do 10-go dnia, a otwór po worku Mikulicza do 3-ch tygodni. D. 1-go listopada, a więc w miesiąc po operacyi, pacyentka wypisała się ze szpitala zupełnie zdrowa. W chwili wypisania przy badaniu znalazłem macicę, odpowiadającą wielkością swą 3-mu miesiącowi ciąży, w idealnem przodopochyleniu; z tyłu za macicą jak gdyby nieznaczne resztki wysięku plastycznego.

W pół roku potem chora zgłosiła się powtórnie do szpitala dla odbycia porodu, opowiada, że dalszy przebieg ciąży był bez żadnych powikłań,

bóle w dole brzucha i cewce moczowej więcej nie powtarzały się. Przebieg porodu i połogu był zupełnie prawidłowy; dziecko zdrowe, bardzo dobrze rozwinięte; w jamie miednicy żadnych śladów nawrotu cierpienia. Od tej pory chora więcej nie zgłaszała się.

* * *

Przed 10-ma laty, w czasie nieobecności mojej, przywieziono z Kowla rodzącą, którą, po nieudanych próbach wydobycia płodu kleszczami, skierowano w stanie septycznym do szpitala. Kolega Dobrucki, który mi łaskawie krótki opis tego przypadku zakomunikował, po zbadaniu rodzącej znalazł, że przeszkodą w akcie porodu był ogromny sprężysty guz, który, wypuklając na sobie tylną ścianę pochwy, wypełniał prawie całkowicie jej światło; po szerokiem przecięciu ściany pochwy i guza okazało się, że zawartość jego stanowi mnóstwo rozmaitej wielkości pęcherzy bąblowca; po ich odejściu martwy już płód urodził się bez żadnej pomocy bezpośrednio po zabiegu. W parę dni po porodzie położnica ta zmarła wskutek ogólnego zakażenia krwi, z którem do szpitala przybyła.

* * *

W dostępnem mi piśmiennictwie polskiem nie mogłem odnaleźć ani jednego opisu przypadku bąblowca w jamie małej miednicy. Fakt ten nie będzie wydawał się dziwnym, jeżeli przypomnimy sobie, że, o ile w innych krajach, jak Islandia, Australia, Pomorze, Dalmacya i t. d., zakażenie ustroju ludzkiego pasorzytem bąblowca jest na porządku dziennym, o tyle u nas cierpienie to spotykamy wogóle bardzo rzadko, a jeszcze rzadziej — rozpoznajemy je przy umiejscowieniu w jamie małej miednicy.

Tutaj ulubionem miejscem rozwoju pasorzyta jest tkanka łączna okołomaciczna, gdzie osiedla sią on pierwotnie, lub też przenika, jako zarodek, drogą naczyń krwionośnych z innych nanarządów.

Spostrzeżenie, że najczęściej spotykamy pęcherze bąblowca w okolicy prostnicy, każe przypuszczać, że zarodki pasorzyta mogą przenikać przez ścianę kiszki do otaczającej ją tkanki łącznej. Dalszy rozwój pęcherza bąblowca wywołuje w swem otoczeniu zmiany zupełnie podobne do tych, jakie spotykamy w wysiękach zapalnych przymacicznych; narządy małej miednicy podlegają stopniowo coraz większemu uciskowi ze strony

rosnącego pęcherza, przesuwają się po za swoje zwykłe granice, przyczem tkanka łączna, otaczająca pęcherz macierzysty, podlega zmianom zapalnym, a otrzewna, pokrywająca ją, grubieje i tworzy zrosty z sąsiednimi narządami.

Najczęściej spotykano bąblowca w tylnej połowie miednicy, w tkance po za szyją maciczną, rzadziej przed nią, a najrzadziej międzywięzadłowo (w więzie szerokim). W tych najczęstszych przypadkach bąblowiec rośnie zarówno w stronę wolnej jamy brzusznej, unosząc na sobie fałdę przejściową otrzewnej między macicą i kiszką stolcową, wypełniając tą drogą całą jamę Douglasa—jak i w dół, drążąc wzdłuż przegrody pochwowokiszkowej i opuszczając się niekiedy aż do samego krocza.

Pęcherze bąblowca dosięgają wielkości głowy dorosłego człowieka, a znane są przypadki, gdzie dosięgały górnym swym odcinkiem linii pępkowej; kształtu zwykle bywają one kulistego, o powierzchni gładkiej, konsystencyi sprężystej, niekiedy wskutek silnego napięcia prawie twardej, tak że chełbotania w guzie wykryć nie można.

W przebiegu klinicznym za objaw znamienny dla bąblowca uważać należy bardzo powolne, nieraz lata całe trwające rozrastanie się guza przy zupełnym braku jakichkolwiek dolegliwości. Te ostatnie zjawiają się zwykle dopiero bardzo późno i są uwarunkowane mniejszym lub większym uciskiem i przesunięciem sąsiednich narządów, krótko mówiąc — dają zupełny obraz kliniczny, spostrzegany w torbielach międzywięzadłowych.

W okresie ciąży zaczyna się zwykle stosunkowo dość szybkie powiększanie się objętości guza, jakkolwiek nie wpływa to ujemnie ani na rozwój płodu, ani też na przebieg samej ciąży.

W czasie porodu niebezpieczeństwo wzrasta w mniejszym lub większym stopniu zależnie od umiejscowienia guza; jeżeli drąży on w stronę pochwy, może być poważną przeszkodą do ukończenia porodu; w razie zaś ścisłego przylegania do ściany macicy powoduje częstokroć tak znaczne ścieńczenie jej, że w 6% spostrzeganych odnośnych przypadków nastąpiło pęknięcie szyi macicznej.

Niekiedy zawartość pęcherza ulega zropieniu lub zgorzeli, a wtedy zjawiają się napady silnych bólów w dole brzucha, promieniujących w kończyny dolne; jeżeli szczęśliwym trafem nastąpi przebicie się do jednego z sąsiednich narządów: kiszki stolcowej, pochwy, macicy lub pęcherza moczowego—chora może uważać się za wyleczoną, w przeciwnym razie, o ile nie przyjdzie tu z pomocą zabieg chirurgiczny, chora ginie w objawach posocznicy.

Dokładne rozpoznanie różniczkowe bąblowca małej miednicy jest prawie niemożliwe, jeżeli weźmiemy pod uwagę, że jedyny znamienny dla bąblowca innych narządów (jak np. wątroby) objaw — „drżenie pęcherza bąblowcowego" (Hydatidenschwirren) — tutaj nie może być ujawniony.

Franta w swojej dużej monografii o bąblowcu daje następujące wskazówki, mogące ułatwić rozpoznanie tego cierpienia:

1) pochodzenie chorej z okolicy, gdzie bąblowiec często bywa spostrzegany;

2) obecność bąblowca w innych narządach;

3) kulisty kształt guza, gładkość jego powierzchni, silne napięcie ścian przy obecności chełbotania (objaw to niepewny, jak widać z powyżej przytoczonego przypadku, gdzie kształt guza był nieprawidłowo jajowaty);

4) zupełny brak bolesności przy badaniu i

5) wykazanie obecności pęcherzów bąblowca w wypróżnieniach, moczu i pochwie.

Pewne jednak mogłoby stać się w każdym przypadku nasze rozpoznanie tylko wtedy, gdybyśmy drogą próbnego nakłucia w wydobytym z guza płynie znaleźli charakterystyczne dla bąblowca haczyki lub warstwowo utkane błony hyalinowe; biorąc jednak pod uwagę wielkie niebezpieczeństwo, na jakie narazilibyśmy chorą, stosując szeroko próbne nakłucie (zropienie, zakażenie otrzewnej, możliwość zranienia jednego z dużych naczyń krwionośnych i t. d.). Franta zgodnie z całym szeregiem innych autorów przychodzi do wniosku, że zabiegu tego należy w odnośnych przypadkach zaniechać.

Przechodząc do sprawy leczenia, ogólnie powiedzieć można, że tylko drogą zabiegu chirurgicznego można otrzymać zupełne wyleczenie. Ideałem tego zabiegu byłoby wyłuszcze-

nie w całości pęcherza macierzystego z pośród otaczających go, a bardzo ściśle zrośniętych z nim tkanek, jak to np. robimy w guzach międzywięzadłowych; nie zawsze to jednak udaje się, jak to miało miejsce i w moim przypadku, ze względu na bardzo cienką ścianę pęcherza, która, pękając, zagraża przedostaniem się zawartości do jamy brzusznej i rozprzestrzenieniem się pasorzyta po całej otrzewnej. Dlatego też, napotkawszy trudności w wyłuszczeniu, radzi Rosthorn wykonać zabieg, oddawna uważany za klasyczny w operowaniu bąbowlca wogóle, a polegający na przyszyciu ściany pęcherza do otrzewnej ściennej z natychmiastowem następczem przecięciem jego ściany (Landau, Saenger, Lawson Tait), lub też w dwa tempa, jak to zalecał Volkman. Ten drugi sposób powinien znaleźć zastosowanie w tych wszystkich przypadkach, gdzie mamy prawo przypuszczać zropienie zawartości pęcherza. Zbyteczna chyba będzie dodawać, że po otworzeniu pęcherza dalsze leczenie polegać ma na sączkowaniu całej pozostałej jamy, co, naturalnie, znacznie przedłuża gojenie. Aby tego unikać, większość chirurgów z Thorntonem na czele postępuje dziś w sposób następujący: po przyszyciu (zdrowego!) pęcherza do ściany brzusznej i szerokiem następczem przecięciu tegoż, oddziela błonę macierzystą od otaczających ją tkanek, a pozostałą jamę zmniejsza za pomocą całego szeregu szwów piętrowych, aż do zupełnego jej zamknięcia.

Przy bąblowcach, siedzących głęboko w jamie miednicy, silnie uwypuklających sklepienie pochwy, wystarczy dla zupełnego wyleczenia szerokie przecięcie z następczem sączkowaniem.

Co się tyczy wskazań do zabiegu w razie, kiedy pęcherz bąblowca staje się przeszkodą w porodzie, to wskazania te, według Franty, zależne są od tego, czy w danym przypadku płód żyje, czy też już jest martwy; przy żyjącym płodzie, a niewielkiej przeszkodzie nigdy nie należy spieszyć się z wykonaniem zabiegu; jeżeli widzimy, że dzięki obecności guza w pochwie poród sam przez się odbyć się nie może, obowiązkiem naszym jest starać się guz ręką ku górze usunąć, a w razie niemożności wykonania tego rękoczynu guz szeroko otworzyć, a poród stosownie do wskazań albo pozostawić siłom natury,

lub też przy odpowiednich wskazaniach kleszczami lub wydobyciem za nóżki ukończyć; wskazania do wykonania cięcia cesarskiego będą tu zawsze względne.

W razie, jeżeli tętna płodu wykazać nie będziemy mogli, należy poród prędko ukończyć drogą przebicia główki.

W okresie połogowym, o ile nie grozi ropienie lub zgorzel, a chora żadnych, zależnych od obecności guza, dolegliwości nie odczuwa, lepiej jest odłożyć zabieg aż do zupełnego ukończenia się tego okresu.

PIŚMIENNICTWO.

1. Franta Boubele mechozilove v tehotenstvi, za porodu a v sestinedeli. Praha. 1901.
2. Pagenstecher. Die klinische Diagnose der Bauchgeschwülste. Wiesbaden. 1911.
3. Veit. Handbuch d. Gynäkologie.
4. v. Winckel. Handbuch d. Geburtshilfe.

Redaktor A. Leśniowski. Wydawca C. Stankiewicz.

Druk L. Bilińskiego i W. Maślankiewicza, Nowogrodzka 17.